



Aline Vilhena Lisboa

**FAMÍLIA E ADOECIMENTO DO CORPO
UM ESTUDO DA TRANSMISSÃO PSÍQUICA GERACIONAL E DA
INTERSUBJETIVIDADE FAMILIARES**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Terezinha Féres-Carneiro

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2006



Aline Vilhena Lisboa

Família e adoecimento do corpo: um estudo da transmissão psíquica geracional e da intersubjetividade familiares

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Terezinha Féres-Carneiro

Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^a. Andréa Seixas Magalhães

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^a. Maria Stella Tavares Filgueiras

Departamento de Psicologia - UFJF

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Teologia e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, ____/____/____

Todos os direitos reservados. É proibida reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Aline Vilhena Lisboa

Licenciada em Psicologia pela Universidade Gama Filho em 1992 e pós-graduada em Psicopedagogia pela ULBRA em 1996, dedicou-se por mais de uma década aos estudos sobre Psicologia e Educação. Mais tarde, em 1999, realizou a graduação em Psicologia clínica pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especializou-se em Teoria e Técnicas Psicanalítica ao longo de suas atividades clínicas. Hoje é psicanalista e psicoterapeuta de família e casal e faz parte do Núcleo Integrado de Investigação Psicossomática do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, desde 1999, desenvolvendo pesquisa sobre família e psicossomática.

Ficha catalográfica

Lisboa, Aline Vilhena

Família e adoecimento do corpo : um estudo da transmissão psíquica geracional e da intersubjetividade familiares / Aline Vilhena Lisboa ; orientadora: Terezinha Féres-Carneiro. – Rio de Janeiro : PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 2005.

109 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Família. 3. Adoecimento do corpo. 4. Transmissão psíquica. 5. Intersubjetividade. I. Féres-Carneiro, Terezinha. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para Heliomar, Guilherme e Pedro
Que em meio a tantas solicitações foram fontes de amor, de inspiração e de apoio

AGRADECIMENTOS

À minha cara e querida profa. Terezinha Féres-Carneiro por todo o seu apoio e carinho, recebendo com muito respeito e profissionalismo as minhas idéias e dúvidas. Como referência, incentivadora e parceira de minhas produções e publicações, hoje e sempre fará parte de minha história.

À querida profa. Maria Stella Tavares Filgueiras por ser sempre presente, amiga e uma interlocutora sagaz em minha trajetória acadêmica, incentivando as minhas pesquisas e, hoje, fazendo parte mais uma vez de meu trabalho.

À prezada e querida profa. Andréa Seixas Magalhães pelo carinho e compreensão nos momentos difíceis em aula e pelas inferências enriquecedoras e “criativas”.

À minha cara Olga Ruiz Correa pelo tempo de estudo e supervisão de meus casos clínicos de família e casal e fonte de referências teóricas em minhas pesquisas.

Ao amigo Jean-Claude Soares pela interlocução perspicaz da literatura e apoio e respeito às idéias desenvolvidas.

À Marcelina e Vera sempre alegres, atenciosas e prontas a facilitar o andamento de nossos trabalhos.

À CAPES pelo incentivo e financiamento deste estudo, proporcionando para a comunidade em geral o conhecimento de novas idéias.

A todos de minha família parental e ancestral como origem e inspiração de toda minha trajetória acadêmica dedicada aos estudos de família.

RESUMO

Lisboa, Aline Vilhena. **Família e adoecimento do corpo: um estudo da transmissão psíquica geracional e da intersubjetividade familiares.** Rio de Janeiro, 2005. 109p. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente estudo compreende uma análise das implicações da transmissão psíquica geracional e dos principais processos intersubjetivos de um grupo familiar, envolvidos no adoecimento do corpo de um ou mais de um membro deste grupo. Os conteúdos em relação aos processos intersubjetivos existentes na família, tal qual a história familiar pela transmissão psíquica de um legado, foram fundamentados e articulados com a concepção de corpo e adoecimento somático, resgatando as importantes contribuições freudianas e as pesquisas de autores contemporâneos aos estudos da psicossomática psicanalítica. A relação entre grupo familiar e o adoecimento do corpo foi analisada através de um estudo de caso. Com base em um roteiro, transcrevemos as entrevistas com uma família mineira, de classe média baixa e oriunda do meio rural, cujos membros apresentavam múltiplos adoecimentos como câncer, pressão alta e diabetes em várias gerações. Analisamos a história familiar pelo processo de transmissão psíquica geracional e estudamos a intersubjetividade familiar pelos processos psíquicos presentes no grupo diante do adoecimento somático. Observamos uma estreita relação do adoecimento de um ou mais de um dos sujeitos do grupo familiar com um baixo investimento libidinal no vínculo e a incidência de um fantasma herdado de outras gerações, alimentado pelas fantasias dos sujeitos e incorporado na doença de alguns membros. A discussão dos temas “família e adoecimento do corpo” contribuiu para a compreensão do sentido do adoecimento dado pelo grupo familiar. Este sentido permitiu entender a função do adoecimento enquanto condição de unir os laços fraterno, paterno e materno entre os membros, resgatando, principalmente, a função da figura materna, desinvestida e perdida na história familiar.

PALAVRAS-CHAVE: família – adoecimento do corpo – transmissão psíquica - intersubjetividade

ABSTRACT

Lisboa, Aline Vilhena; Féres-Carneiro, Terezinha (Advisor). **Family and the sickness of the body: study of the generational psychic transmission and the intersubjective processes of the family.** Rio de Janeiro, 2005. 109p. MSc. Dissertation. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study analyses both the implications of the generational psychic transmission and the main intersubjective processes of a family group which are involved with the sickness of the body of one or more group members under study. The contents regarding the existent intersubjective processes in the family as well as the family history through the psychic transmission of a legacy were well-founded and articulated with the conception of body and somatic sickness, recovering relevant Freudian contributions and researches developed by authors contemporary to psychoanalytical psychosomatics studies as well. The relation between family group and sickness of the body was analyzed by means of a case study. Having a script of questions as base, interviews given by a low middle class family coming from a rural area of Minas Gerais state and whose members presented multiple sickness such as cancer, high blood pressure and diabetes in several generations were transcribed. The family history was then analyzed by taking the process of generational psychic transmission while the family intersubjectiveness was studied by taking the psychic processes present in the group facing somatic sickness. A close relation between the sickness process of one or more subjects of the family group and the low libidinal investment within the link was found as well as the incidence of a phantom inherited from other generations, nourished by the subjects' phantasies and incorporated in some members' disease. The discussion of the theme "family and sickness of the body" contributes for a better understanding of the meaning given by the group to the sickness process. This meaning made it possible to perceive the sickness function as a condition for uniting fraternal, paternal and maternal bonds among members, mainly restoring the function of the maternal figure, which was disinvested and lost in this story.

KEYWORDS: family - sickness of the body – psychic transmission - intersubjective processes

SUMÁRIO

Resumo	06
Abstract	07
1. Introdução	11
2. O Corpo	14
2.1. Corpo-organismo e corpo-sujeito: rompimento com a natureza e o nascimento dos corpos pulsional e erógeno	18
2.2. Corpo do sujeito e corpo do Outro – reconhecimento da alteridade e o nascimento do primado da intersubjetividade	24
2.3. Do corpo saudável ao corpo doente: considerações sobre o adoecer e o processo de adoecimento do corpo	28
3. Grupo familiar e o adoecer de um ou mais de um corpo-sujeito	40
3.1. Grupo familiar: corpo ou objeto?	41
3.2. Principais estados e processos psíquicos presentes na intersubjetividade familiar face ao adoecimento do corpo	47

3.3. Transmissão psíquica e intersubjetividade na história geracional familiar e sua relação com o adoecimento do corpo	53
4 Estudo de caso da relação da transmissão psíquica e da intersubjetividade familiares no adoecimento do corpo	65
4.1. Contexto da pesquisa	65
4.2. Sujeitos e procedimentos da pesquisa	67
4.3. Análise e discussão dos dados	69
5. Considerações Finais	92
6. Referências Bibliográficas	98
7. Anexo I – Roteiro de perguntas	106
8. Anexo II – Heredograma da família nuclear dos Soares	107
9. Anexo III – Heredograma da família parental e ancestral dos Soares	108

Cântico XXIV

Não digas: Este que me deu corpo é meu Pai.
Esta que me deu corpo é minha Mãe.
Muito mais teu Pai e tua Mãe são os que te fizeram
Em espírito.
E esses foram sem número.
Sem nome.
De todos os tempos.
Deixaram o rastro pelos caminhos de hoje.
Todos os que já viveram
E andam fazendo-te dia a dia
Os de hoje, os de amanhã.
E os homens, e as coisas todas silenciosas.
A tua extensão prolonga-se em todos os sentidos.
O teu mundo não tem pólos.
E tu és o próprio mundo.

Cecília Meireles

1 Introdução

O presente trabalho investiga a relação da história e da intersubjetividade familiares com o adoecimento do corpo de um ou mais de um membro deste grupo. Podemos pensar o corpo-doente não só pela via da subjetividade e do organismo, mas também a partir da concepção de transmissão psíquica e da interfantasmática familiares como questões de base no processo e na representação do adoecimento. Mesmo aprisionados, muitas vezes, pela compreensão do anatômico, o corpo, para além do organismo, nos aponta caminhos desconhecidos sinalizados por enigmas. O corpo para além do organismo é cerzido pela alma e apresenta registros de “Outros corpos” fundidos no corpo-organismo e no corpo-simbólico dos sujeitos.

Nem sempre, na intersubjetividade familiar, o corpo pode expressar as suas sensações, emoções e sentimentos e possibilitar a tradução desses por palavras. O corpo do imaginário e da fantasmática no grupo familiar compreende um ponto numa rede de significados, fazendo parte de um universo imaginário familiar de “Outros corpos”. Acreditamos na estreita relação de uma história, de um segredo e de um conflito familiar com o adoecimento do corpo de um ou de vários sujeitos ao mesmo tempo.

Hoje, reconhecemos um grande avanço nos estudos sobre adoecimento e família. Apesar de a maioria da literatura abordar estudos psicossomáticos do sujeito, como os trabalhos realizados pelo Instituto de Psicossomática de Paris, encontramos estudiosos brasileiros desbravando essa interface com pesquisas muito recentes. Conhecemos trabalhos realizados na França e nos Estados Unidos, envolvendo a família dos sujeitos adoecidos (Granjon, 2000; Matthews-Simonton, 1990). Em nosso país, deparamos com pesquisas de diferentes autores realizadas a partir de atendimentos a pacientes e a seus familiares em hospitais universitários e em psicoterapias (Mello Filho, 2004; Sandra Fortes e Cristina Baptista, 2004; Sant’Anna, s/d; Loss, 1998; Cunha, 1996 e 1998, Cunha e Lisboa, 1999).

Observamos um número crescente de pessoas adoecidas em plena juventude, numa condição paradoxal aos avanços da medicina, da farmacologia e na busca de um ideal de corpo saudável. Este sintoma considerado, em parte, social e familiar tem como outros indicadores o estresse do cotidiano, a alienação da subjetividade, fatores alimentares e sócio-econômicos. No entanto, o enigma lançado pelo adoecimento de um membro familiar, seja ele criança, adolescente ou adulto, muitas vezes, escapa de um determinismo genético, apresentando lacunas na sua etiologia. Tentando compreender estas lacunas, consideramos a existência de uma complexidade de fatores intersubjetivos e transgeracionais na relação família e somatização. Em alguns casos, a genética familiar não constitui elemento determinante na doença, todavia alguns tipos de funcionamento psíquico podem ser favoráveis ao adoecimento (Marty, 1993; Cunha, 1996, 1998). Apresentamos nesta dissertação um estudo das atividades psíquicas existentes na intersubjetividade familiar e das dimensões da transmissão psíquica no adoecer no grupo.

O interesse por tal questão nasceu a partir de estudos clínicos realizados desde 1999, com famílias, no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora, em consultório particular e ambulatório social, quando percebemos algumas particularidades comuns entre a história familiar e os adoecimentos somáticos. Apesar de recebermos pacientes com doenças como asma, hipertensão, câncer, diabetes, dermatites, obesidade, nosso enfoque consistia em compreender melhor a questão do adoecimento num contexto familiar circunscrito em conflitos geracionais velados e uma função deficiente em seu processo de maternagem através das gerações. Passamos a observar quais seriam os processos intersubjetivos presentes no grupo familiar comprometidos com o adoecimento do corpo. Dessa maneira, pensamos se algum fantasma ancestral poderia assombrar, e se a intersubjetividade do grupo alimentaria este fantasma por meio das fantasias ou dos movimentos pulsionais desinvestidos de libido, colocando, assim, em risco a saúde da família.

Com o propósito de aprofundarmos esses estudos, desenvolvemos uma investigação teórica da literatura e analisamos um caso de família com base na história geracional e na intersubjetividade como fatores coadjuvantes no adoecimento do corpo do sujeito. Assim, o nosso objetivo abrange uma investigação de alguns processos intersubjetivos existentes no grupo familiar,

como a fantasia, a identificação, a projeção/introjeção, o imaginário, o sonho, e também alguns elementos transgeracionais transmitidos ao longo das gerações que podem operar no processo de somatização.

Nosso estudo é desenvolvido em três capítulos. No primeiro capítulo apresentamos uma revisão teórica acerca da concepção de corpo, elencando as principais contribuições da Filosofia, Psicanálise, Medicina e Antropologia. Elucidamos conceitos que permitem compreender melhor as questões envolvidas nas interfaces entre um corpo-sujeito e um corpo-organismo, entre um corpo-história e um corpo-herdeiro. Acrescentamos algumas contribuições da Psicossomática Psicanalítica, a partir de Marty, Déjours e Cunha, primando pelo funcionamento psíquico do sujeito, levando-nos a postular alguns desses funcionamentos no grupo familiar.

No segundo capítulo deste trabalho, dissertamos a respeito do grupo familiar, conceituando as principais características e processos intersubjetivos envolvidos no grupo face ao adoecimento com as contribuições de Kaës, Eiguer, Ruiz Correa, Magalhães e Féres-Carneiro. Compreendemos o grupo familiar como um grupo-corpo e um objeto que remetem o sujeito aos primeiros estados de angústia no relacionamento com a mãe. Ainda, trazemos de maneira enriquecedora o conceito de transmissão psíquica como um processo fundamentalmente implicado no adoecer do corpo. Ambas concepções, intersubjetividade no grupo familiar e transmissão psíquica, permitem-nos pensar uma situação futura de somatização de um ou de mais de um dos membros pelo retorno de um conteúdo arcaico, pré-verbal e recalcado, coadjuvante e, às vezes, protagonista no adoecer.

O último capítulo compreende um estudo de caso com uma família mineira oriunda do meio rural e de classe média baixa. A escolha desta família ocorreu por meio de encaminhamento realizado pelo ambulatório de mastologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, onde é realizado o projeto assistencial “*De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama*” (Cunha, 1998). Com base numa investigação qualitativa baseada em entrevistas e com a utilização do genograma, o estudo permitiu articular as principais questões alicerçadas no arcabouço teórico com as novas contribuições surgidas nesta pesquisa.

2 O Corpo

“O que surpreende é acima de tudo o corpo”

Nietzsche

No mundo atual, ressurgem em nossos estudos e pesquisas a mais antiga evidência concreta da existência do ser humano: o corpo. Em meio a tantas referências científicas sobre o assunto, desejamos ainda falar de algo que nos escapa à compreensão: a condição de um corpo finito e limitado, uma fonte de prazeres geradora de vida e, ao mesmo tempo, sinalizador da dor da alma e do lugar da morte. Para alguns pensadores como os gnósticos, o corpo é compreendido como um objeto de ódio, uma indignidade sem remédio. Para eles, a alma estaria condenada e se perderia ao cair no corpo e a carne estaria amaldiçoada ao se sujeitar ao envelhecimento, à doença e à morte (Le Breton, 2003). Desse modo, podemos pensar se um dos caminhos do adoecimento do corpo não compreenderia o medo do desconhecimento da morte desde sempre anunciada.

Na mais remota história do homem, o corpo possui ainda representações significativas com diferentes compreensões e tratamentos expressados pelo próprio sujeito através da arte e dos textos literários e científicos. Encontramos na arte as melhores observações do corpo retratadas ao longo dos tempos. Imaginando uma linha do tempo, temos os primeiros registros do corpo com os povos primitivos, riscando nas paredes das cavernas as primeiras imagens do corpo, com o objetivo de relatar às comunidades futuras um panorama do cotidiano. O corpo já era visto e conhecido como forma e imagem, embora nos escapasse à compreensão de como de fato era feito o seu reconhecimento e como era tratado pelo próprio homem primitivo e seu bando. Na Idade Média, o corpo se fazia de objeto de sacrifício. Os religiosos, como no romance “O Nome da Rosa”, de Umberto Eco, impediam os estudiosos ter acesso ao conhecimento científico, atrasando em quase um século as descobertas necessárias para o alívio

da dor e das doenças. Justificando por meio do temor a Deus, o homem medieval não poupava esforços para ocultar a verdade e o desejo de um corpo-sujeito. Por isso a fogueira para queimá-lo representava a melhor maneira de execrar dos corpos-sujeitos a verdade da alma. Uma vez que o corpo não mais exista, o desejo não representaria mais uma ameaça. Renascendo das cinzas da Inquisição, o corpo se torna objeto de reverência, compreendido como algo sagrado e profano num jogo ambivalente, camuflando os prazeres e os desejos nele amalgamados. É o que propõe Aulagnier (1985[2001]) quando diz que, na religião, o corpo criado por Deus, e depois aguardado pela ressurreição, poderia coabitar com uma representação fantasmática, ligando para sempre o corpo a um desejo. No entanto, esta ligação estará sempre comprometida pelo trabalho de elaboração restrita, de sublimação e principalmente de recalque do desejo do sujeito.

Uma luz sobre o corpo é projetada no Renascimento, quando o humanismo rompe com os valores medievais, dando ao homem o desabrochar da vida sob todas as suas formas. A beleza estética passa a ser o bálsamo consolador, velando os labirintos do corpo. Lembremos de “Davi”, escultura de Miguel Ângelo, a mais bela e perfeita forma do corpo-organismo inspirada no antropocentrismo greco-romano. É no Renascimento que o corpo perde o sustento da fé e ganha da razão o seu maior orientador. Encontramos no pensamento de Descartes (Le Breton, 2003) um termo-chave da filosofia mecanicista do século XVII para expressar o corpo: uma ‘máquina’. Segundo o filósofo, o corpo humano é uma mecânica discernível das outras apenas pela singularidade de suas engrenagens. Ele ainda desliga a inteligência do homem da carne, pois o corpo não passa de invólucro mecânico de uma presença, representando nada mais nada menos que um entrave. A única diferença encontrada entre o corpo e a máquina é que aquele envelhece, pois suas precariedades o expõem às lesões irreversíveis. Compreendemos o paralelo cartesiano estabelecido por Le Breton quando intitula de “Extremo-contemporâneo” o tratamento dado ao corpo na atualidade. Ainda o mesmo autor compreende o corpo como uma máquina fazendo o sujeito desaparecer com os seus afetos, não deixando de representar uma prótese de uma subjetividade lixo, cuja única finalidade concebida é ser um acessório de presença. Tão claro podemos perceber um corpo-máquina transformado em um corpo-produto exposto nos meios de comunicação e um corpo-sujeito formando filas intermináveis em postos de saúde, hospitais e consultórios médicos à procura da razão de sua

existência, assim como à procura da contenção de sua angústia e desamparo. Acreditamos que revivemos, mesmo em um contexto diferente, um passado não muito distante das concepções do corpo que a história nos legou.

O corpo como uma imagem divina e perfeita, conhecido na Antiguidade, passa a ser exposto no século XIX com toda a sua fragilidade e a ser constituído numa poética do fragmento contra as certezas científicas e a tirania da perfeição herdadas da Era Clássica. É a Modernidade que aponta no corpo a imperfeição. Ele deixa de ser perfeito, utópico, imortal para ganhar o estatuto de sensível, imperfeito e limítrofe.

Na virada do século XVIII para o XIX, o homem passa a olhar diferente o outro, formando uma nova configuração do corpo como coisa e objeto disposto para a ciência, a fim de que as suas entranhas pudessem ser reveladas na mais crua e cruel conduta, ou seja, pelas torturas e violências contra o próprio corpo, algo muito característico da época. Ao sair da concepção de corpo perfeito, a interrogação sobre o corpo humano revela a sua verdadeira fragilidade, pois nela habitam imperfeições e monstruosidades, como nos diz Coli (2002) ensinando-nos sobre a metáfora de Frankenstein, cujo corpo é compreendido como um aglutinado de deformidades, maltratado não somente pelo seu dono, mas por um investimento desmedido e ilimitado das condições sociais, biológicas e científicas, utilizadas pelo homem em busca da melhor forma e adiamento da morte. A morte nos supera e mesmo a ciência, em busca de seu adiamento, reconhece as suas limitações, pois, como afirma Aulagnier (1985[2001]), “o que caracteriza o corpo com o qual a ciência nos confronta é a exclusão do desejo como causa de seu funcionamento e como explicação causal de seu destino e da sua morte” (p. 111). Viveremos enquanto houver desejo e quando este se dissociar do corpo, só nos restará a morte. O contemporâneo anuncia a chegada da compreensão do corpo, de um corpo em evidência na busca do prazer e da perfeição para despistar a morte. Assim, percebemos que as várias formas de concepção de corpo e seus diversos tratamentos não conseguiram alcançar a única questão que o assombra: o dia da morte.

Tais explanações nos levam a perceber a transformação da concepção de corpo ao longo do tempo. Entretanto, observamos na história, além do fantasma da morte, uma repetição de sua finalidade desde antes da Era Cristã e que se estende até os dias de hoje, a saber, a exposição do corpo em sacrifício. Expor o

corpo ao sacrifício não deixa de ser uma questão importante para a existência humana, seja o sacrifício para a morte em busca da boa vida espiritual, melhorias nas condições materiais ou mesmo procurando adiar a morte. Sujeitando o corpo aos diversos recursos da ciência, ele é entregue sempre a uma sentença, fadado à condenação, ao seu lugar de finitude. Ressaltemos que o “corpo em sacrifício” é construído por compreensões diferenciadas ao longo do tempo em relação ao meio e aos acontecimentos marcantes circunscritos num contexto histórico específico.

Desde a civilização antiga, o corpo era exposto ao sacrifício sendo dado aos deuses em troca de melhores condições na colheita e no sustento da comunidade. Na Era cristã, o corpo cresce ainda mais com o estigma de sacrificado por uma causa, porém destinado a um motivo maior: fazê-lo em nome de Deus para redimir os pecados. O martírio e sofrimento do corpo “crucificado” servem como passaporte ao mundo divino e, o mesmo tempo, cultiva-se a esperança de que o corpo possa ser ressuscitado dos mortos. Daí entendermos a frustração do homem frente à impotência da finitude carnal, pois o seu desejo reluz no corpo a fim de que ele não acabe. Assim, o filósofo Spinoza (Russ, 1994) expõe os seus pensamentos sobre o corpo como um modo de exprimir a vontade de Deus, considerando-o como uma coisa extensa, certa e determinada, portanto, não restando para ele senão a doença e a morte, como já afirmavam os gnósticos.

Diante de tantos recursos da medicina como as inúmeras cirurgias estéticas, os medicamentos eficazes no combate a dor, no rejuvenescimento e na cura de doenças graves, ainda não deixamos de carregar a condição de ser carnal e mortal. Na verdade não mudou a condição de termos um corpo, e este continua sendo, de acordo com Le Breton (2003), o pecado original, a mácula de uma humanidade aprisionada ao biológico e escrava do desejo. Assim, postulamos que desejar a condição de corpo imortal sempre representou e representará um dos maiores, senão a maior luta do homem contra a morte. Uma vez que este corpo aponte possibilidades de mudanças, percebemos uma pretensão de mudar a vida, conduzindo-nos a crer na condição do reconhecimento do sujeito de seu corpo, muito embora o desconheça como um continente do desejo a ser explorado.

A partir dessas considerações, o corpo deixa de ser forma e organismo para ser compreendido também como corpo-sujeito, a partir do final do século

XIX. É o que veremos a seguir na concepção entre corpo-organismo e corpo-sujeito.

2.1 Corpo-organismo e corpo-sujeito: rompimento com a natureza e o nascimento dos corpos pulsional e erógeno

Diante de várias interseções que podemos enxergar sobre o corpo através da Arte, da Antropologia, da Sociologia, da Medicina, da Psicologia e da Psicanálise, ainda nos defrontamos com enigmas e com caminhos complexos e muitas vezes desconhecidos da subjetividade. É a partir do final do século XIX que o corpo passa a ter maior leitura de seus sintomas e sofrimentos. No entanto, para compreender este caminho precisamos conceituar dois tipos de corpos: o organismo, e o pulsional e erógeno.

Procurando diferenciar o corpo de organismo, encontramos uma compreensão deste, seguindo uma lógica e uma ordem biológica. Já o corpo implica numa constituição de ordem sexual, uma lógica singular de movimentos pulsionais e lugar de destino tanto do próprio desejo inconsciente do sujeito quanto do desejo do Outro¹. Um organismo nasce do encontro de duas pequenas células carregadas de mensagens geneticamente determinadas, assegurando as funções necessárias para a vida do ser humano em formação, ao longo de seu desenvolvimento. No entanto, quando falamos do “corpo-sujeito”² as mensagens não vêm determinadas somente pelos códigos genéticos. Devemos considerar que antes da geração de um corpo este recebe também um legado verbalizado e imaginado por genitores desejantes, levando-nos a observar um paradoxo na concepção de corpo. Enquanto o corpo-sujeito pode escapar deste legado, redirecionando o seu destino e transformando a sua subjetividade numa perspectiva de desenvolvimento e crescimento, o corpo-organismo é marcado, desde o nascimento, por uma contagem regressiva, anunciando a todo instante a sua finitude em meio à vida.

Nesta dissertação, apresentamos a idéia de corpo pela via do biológico, quando contamos com a incidência do tempo cronológico sobre o seu estado e o

¹ Abrimos um parêntese para justificar o uso da palavra “Outro” com letra maiúscula. Referimo-nos ao Grande Outro real, simbólico e imaginário, segundo Lacan (Laplanche e Pontalis, 2001). Estes três registros movimentam o tipo de relação que o sujeito pode ter consigo mesmo e com os demais.

² Estamos utilizando o hífen para compor a palavra corpo com todas as suas particularidades conotativas.

seu funcionamento, e pela complexa significação subjetiva impressa pelo sujeito e pelo Outro ao próprio corpo, numa perspectiva atemporal.

Segundo Birman (2001), no organismo atuam os mecanismos automáticos de auto-regulação, mergulhados nos grandes ritmos da natureza. Nele encontramos o que há de real e concreto, ou seja, a matéria cujos instrumentos de articulação com o meio, os órgãos dos sentidos, que são compreendidos por Freud (1920[1969]) como os sustentáculos remanescentes da estrutura original da psique, identificando e dando a direção dos estímulos externos ao sujeito, na verdade regendo o que ele recebe desde a sua concepção: as energias existentes no mundo externo. Além dessas contribuições, acrescentamos outros instrumentos de articulação do corpo com o meio, quando, então, o sujeito aumenta a capacidade de captação de estímulos do meio externo e canaliza as próprias excitações, ajudando a configurar a subjetividade. Os intermediadores do corpo com o Outro compreendem, além da boca, ouvido, nariz, olhos e pele, o seio, o ânus, a vagina, o pênis e a uretra. Todos estes instrumentos ou pontos mediadores do corpo o enlaçam com o simbólico e o real, constituindo um mundo de significantes, ligando a energia livre a uma representação existente no corpo-psíquico e no corpo-organismo. A partir daí, o corpo se torna presente e é mapeado na medida em que se envolve com os significantes eleitos pelo sujeito (Alberti e Carneiro Ribeiro, 2004).

O corpo, para além do organismo, se constitui numa ruptura com a natureza, abrindo simultaneamente sobre ele e sobre o Outro a existência de um corpo-sujeito. O corpo pode ser compreendido como “um território ocupado do organismo, como um conjunto de marcas impressas sobre e no organismo pela inflexão promovida pelo Outro” (Birman, 2001, p.62). Além do registro do Outro, temos a pulsão, que juntamente com o Outro atua em co-autoria na formação desse corpo, uma vez que também para Birman, ele é antes de tudo destino, levando-nos a entender o corpo como destino do desejo inconsciente do sujeito e do Outro. Nessa co-autoria, a pulsão destaca-se por consistir num estado de excitação de origem corporal cuja medida de exigência feita à mente serve para trabalhar no sentido de sua ligação com o corpo (Freud, 1923[1969]), ou seja, a excitação pulsional do corpo procurará um modo de suprir a libido, direcionando-a a um objeto.

O corpo pulsional (Freud, 1915[1969]) é um sistema de representações interligadas, possuindo um percurso cuja circulação das energias acontece de maneira virtual e infinita entre o sujeito e o meio externo. Por isso não deixamos de contemplar o que Freud (1923[1969]) considera como fonte da pulsão: o corpo e a sua finalidade de abarcar o lugar e o meio de satisfação. Os caminhos da pulsão no corpo do sujeito nos conduzem a pensar a libido como energia essencial e necessária para as transformações dos destinos da pulsão. O corpo será ao mesmo tempo fonte, condutor e emissor da pulsão, tentando ligar a libido a uma representação. No corpo, a libido tanto pode ser investida no próprio Eu, como em objetos, tal qual vemos no texto de Freud, “Sobre o narcisismo – uma introdução”, de 1914.

A partir de Freud, permitimos colocar em evidência o somático como um conjunto de movimentos pulsionais e de funções orgânicas. Nestas funções habita um corpo, também como lugar de realização de um desejo inconsciente (Fernandes, 2003). Cerzido por uma subjetividade o corpo fala, expressa e se fere para realizar um desejo.

Revisando a concepção de corpo, sob a égide da Psicanálise, podemos concebê-lo a partir de Freud (1923[1969]) não apenas como uma superfície, mas a projeção de uma superfície que postulamos ser do imaginário, do real e do simbólico do sujeito, seguindo não somente o caminho das pulsões, mas constituindo-se a partir do desejo do sujeito (Alberti e Carneiro Ribeiro, 2004). O corpo ganha função de mediador entre duas psiques e entre a psique e o mundo (Aulagnier, 1985[2001]) e é compreendido como sede de conflitos pulsionais de vida e de morte (Ceccarelli, 1998). Freud (1923[1969]), ainda lança três proposições de corpo em sua obra. Uma como expressão de relações simbólicas na histeria; outra, o corpo sendo construído por meio de uma identificação direta e imediata no sujeito narcísico, e por último como palco de um combate titânico entre pulsões de vida e tãatos, já citado por Ceccarelli (1998).

Observamos que a grande contribuição de Freud (1923[1969]) consiste em dar ao corpo a oportunidade de ser observado pela dimensão psíquica, principalmente pelo afeto, na quantidade de energia pulsional e de suas variações, na condição de invólucro do soma. Sustentando também esta idéia, a hipótese de Fernandes (2003) acerca do corpo acrescenta que ele “se apresenta, ao mesmo tempo, como palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o

psiquismo e o somático, e como personagens integrantes da trama dessas relações” (p.34), o que ainda nos permite escutar a finalidade do desejo do sujeito nos intercâmbios entre o corpo e o inconsciente.

A escuta do corpo em pesquisas analíticas, como a nossa, e em trabalhos clínicos de família mantém vivos no palco das interpretações as relações entre o psiquismo e o somático muito mais estreitas e acolhidas, uma vez que avançar na palavra e nas expressões do sujeito somático é dar mais forma à presença do corpo e enxergá-lo também como um corpo cindido por Outros corpos, como os da família. Por isso sustentamos em mente a existência de traços de Outros corpos, habitantes do corpo do sujeito somático, que representam os Outros corpos familiares.

Relatamos no início deste capítulo que o organismo (*corpo-organismo*) nasce do encontro de duas células carregadas de mensagens genéticas e o corpo configura-se a partir da constituição de traços subjetivos orquestrados pelo *corpo-pulsional* e pelo Outro. No entanto, queremos somar a este conjunto de mensagens o traço transgeracional no corpo. Essa compreensão pôde ser acolhida a partir de 1920, face aos avanços teóricos da Psicanálise, que ampliaram as possibilidades de enxergar o corpo para além da lógica dos processos intrapsíquicos do sujeito. Os avanços abriram portas para as questões relacionadas à intersubjetividade. A mensagem transgeracional do corpo compõe as relações intersubjetivas do corpo-biológico com o corpo-sujeito e o Outro. Ao sinalizarmos um elemento transgeracional relacionado às questões corpóreas, teorizamos que este corpo herda de gerações anteriores traços biológicos e subjetivos de Outros corpos, recebendo um legado facilitador ou não de seu desenvolvimento. Reafirmamos a idéia de Fernandes (2003), de um *corpo-herdeiro* de fantasmas parentais e ancestrais, promovendo ou condenando a história do sujeito. Ainda, podemos compreender esta herança de ‘fantasmas corporais’ como uma possibilidade de reatualização e transformação das relações entre os sujeitos, pois a cada nascimento de um corpo, um *corpo-história* (Aulagnier, [1985] 2001) se inicia e este novo corpo possuirá para cada Outro um significado particular, introduzindo diversas questões na história de cada um.

Nomeamos o corpo de algumas maneiras diferentes ao longo deste capítulo para iluminarmos mais adiante as prováveis formas de adoecimento. Além de concebermos o corpo como organismo e pulsional, temos o corpo-

herdeiro e corpo-história. Estas considerações nos permitem obter novas reflexões do corpo a respeito de sua complexidade dinâmica e abrangência conceitual. Tanto pelo biológico quanto pela dinâmica psíquica, falta-nos explorar um pouco mais as características principais que configuram um *corpo-histórico*, um *corpo-narcísico* e um *corpo-erógeno*.

Segundo Fernandes (2003), na histeria o corpo narra, mostrando nas imagens visuais e no discurso do sonho os conflitos psíquicos não elaborados. O corpo apresenta um limite do recalque ou da interdição ao seu desejo e ao desejo do Outro, criando sintomas na medida em que é afetado pela fala simbolizada. O corpo-histórico se afasta do corpo da anatomia, pois é um corpo representante do desejo e campo de representações simbólicas. Desse afastamento nasce um corpo representado diferente do corpo compreendido pela biologia. Não só pela via da representação que conseguimos obter revelações sobre o corpo, pois apresentamos uma questão de um corpo-transbordamento de excitações e traumas psíquicos não elaborados, escapando das representações possíveis. Consideramos, portanto, a partir deste pressuposto, que nem sempre as excitações do corpo-biológico terão um vínculo com um sistema de significantes.

Em o Eu e o Isso (1923[1969]), Freud associa o corpo ao Eu ao nomeá-lo 'Eu corporal'. Como pólo do aparelho psíquico voltado para a realidade e à percepção, o Eu se associa ao corpo para juntos darem lugar às percepções internas e externas ao sujeito. Embora o Eu tenha uma parte mergulhada no inconsciente e outra no consciente, veremos o corpo como tal, com uma parte inserida no inconsciente, cujo material não será percebido e muitas vezes recalçado, e outra parte será exposta com o objetivo de se tornar fonte de todas as percepções intrapsíquicas e intersubjetivas. A partir desse sentido, concordamos com Fernandes (2003) quando diz que o próprio corpo constitui-se entre o interior e o exterior (consciente e inconsciente), permitindo também uma distinção entre um e outro, entre o dentro e o meio externo. E ainda o corpo teria como função gerenciar a sua posição de mediador entre o psíquico do sujeito, e o do Outro com o meio externo.

Além de considerarmos os movimentos da pulsão, as facetas do adoecimento do corpo nos conduzem a supor a existência de uma condição psíquica articuladora desta função, daí incluirmos a concepção de um corpo-narcísico. De acordo com o mito de Narciso explorado por Freud (1914 [1969]),

re vemos os dois estados desse processo, o primário e o secundário, tentando articula-lo com o processo de adoecimento. Por um lado, podemos compreender um corpo-narcísico partindo do processo de investimento de energia e de amor do sujeito para si mesmo. Já o processo secundário implicaria a retirada, por parte do sujeito, de investimentos objetais de Outros corpos-sujeito, retornando-os ao próprio Eu, sem permiti-lhes uma relação contínua. Ou seja, em ambas as situações, acreditamos que o processo narcísico de investimento libidinal possa representar uma cegueira do sujeito, não reconhecendo e permitindo o investimento do Outro em si mesmo. Pensamos numa ‘defesa psicótica’ em relação ao corpo do Outro, uma vez que este é negado pelo sujeito. Supondo que o movimento pulsional com o Outro seja deficiente e represado pelo sujeito narcísico, as excitações psíquicas do próprio sujeito podem de tal maneira formar fissuras a partir do encontro com o real, como uma situação de conflito ou trauma, que possibilitaria uma somatização, pois isso esta situação de excitação minaria a contemplação do sujeito-narcísico do próprio corpo, ocorrendo, assim, um desmoronamento dos próprios investimentos do sujeito em si mesmo. A doença representaria a ferida narcísica do corpo-sujeito, apontando a sua finitude e desarmando-o diante de sua contemplação amorosa e auto-suficiente em relação ao corpo. O Outro acaba não funcionando como continente para conter as excitações por não serem acolhidas e reconhecidas pelo próprio sujeito. A contemplação narcísica e amorosa do próprio corpo podem colaborar para o transbordamento das energias, uma vez que o próprio sujeito não permite estabelecer com o Outro um continente em que possa ancorar as suas angústias e uma ponte pulsional, a fim de que possam circular as representações e os investimentos libidinais. Este processo vem apontar no sujeito-narcísico a idéia do corpo frágil e sujeito às feridas, ao desamparo e à morte quando ele não mais se sustenta em seus conflitos, e a dor vem denunciar o sofrimento de seus órgãos, da sua pele e de seu funcionamento bioquímico quando ele não mais suportar a dor psíquica. O corpo-narcísico seria fruto de uma articulação psíquica desconsiderando o Outro como via de mão dupla do investimento libidinal no corpo.

Para finalizarmos a discussão acerca das várias faces do corpo somamos ao estudo o que concebemos como *corpo-erógeno*. A erogeneidade do corpo nasce da passagem do corpo auto-erógeno ao corpo narcísico, o que para

Laplanche e Pontalis (2001) representa “a capacidade de qualquer região do corpo ser a fonte de uma excitação sexual, quer dizer, de se comportar como zona erógena” (p.149). Porém, Freud (1914[1969]) advertia que a excitabilidade sexual do corpo não quer indicar um privilégio de determinada zona erógena, mas sim uma propriedade geral de toda a superfície, como a pele, e até os órgãos internos. A excitação pode ser aumentada ou diminuída de acordo com o investimento libidinal do Outro, lembrando ainda que estas excitações podem sofrer movimentos pulsionais de acordo com o destino do desejo do sujeito. Por outro lado também as excitações promoveriam deslocamentos e descompassos na relação do sujeito com o Outro, uma vez que, para Déjours (1989), é em torno deste diálogo com o corpo que o corpo erógeno é configurado.

A partir destas considerações, teorizamos que no caminho abissal formado entre o destino do corpo e o desejo do sujeito e do Outro, haja um impasse sobre o corpo à medida que a estrutura anatômico-pulsional, assim como a do movimento pulsional, possa anunciar de maneira precoce ou tardia os danos somáticos provocados por um adoecimento.

2.2 Corpo do sujeito e corpo do Outro – reconhecimento da alteridade e o nascimento do primado da intersubjetividade

Desde o nascimento, o bebê necessita do Outro por não ter maturidade biológica e tampouco psíquica suficiente para enfrentar o mundo. Ele se encontra num estado de desamparo original, condição primeira do ser humano, até que sua mãe ou um Outro maternal venha amenizar este desamparo, construindo uma relação dual propulsora da subjetividade do bebê. Por causa também do desamparo, o bebê coloca-se num estado de total dependência de sua mãe, aguardando que a leitura dela sobre seus estímulos internos e externos seja acolhida e nomeada. A tradução verbalizada e expressada dos sons, das imagens, dos choros, dos odores, dos toques e dos paladares realizados por ela garante a satisfação da necessidade e provocam uma baixa na tensão interna sentida por ele (Fernandes, 2003).

Segundo Freud (1926[1989]), o fator biológico do corpo deixa o ser humano suscetível à vulnerabilidade e à dependência do outro durante um tempo prolongado. Podemos observar esta condição em casos de adoecimento, quando há uma dependência total em algumas situações do sujeito com o Outro materno. É estabelecida uma aproximação maior de uma pessoa com o sujeito adoecido. O fator biológico humano difere do animal por este se tornar independente mais cedo dos cuidados maternos. No ser humano, como esta relação se constrói a partir de uma dependência dual, o Outro é reconhecido como parte de seu mundo até que o dependente se encarregue de diferenciar-se deste Outro com a ajuda das inferências do meio externo, de sua dinâmica intrapsíquica e de terceiros.

A condição de dependência do ser humano começa com a chegada de um bebê e se estende pela sua vida de acordo com acontecimentos marcantes, promovendo o retorno a um estado anterior de vulnerabilidade, quiçá a um estado maior de dependência numa relação dual maternal. No entanto, quando nos referimos à relação dual nos primórdios da existência humana, queremos apontar para a possibilidade de a mãe ser presente ou ausente nestes momentos e quando citamos a presença materna acontecendo nas situações necessárias ao bebê, estamos denunciando dois momentos que Freud já apontava nessa situação. A mãe presente talvez tente suprir, como nos diz Freud (1926[1989]), as situações de perigo que o corpo biológico produz, criando a necessidade de o sujeito ser amado, condição esta que não mais o abandonará durante a vida. Por outro lado, a mãe ausente de corpo e de investimentos libidinais poderá promover um comprometimento maior destas situações de perigo.

Freud (1926[1989]) observa ainda que a mãe não é objeto de amor para o bebê e ele não sente a sua falta. Entretanto, as suas necessidades se tornam um perigo para o mesmo a partir do momento que esta falta é sentida e vivenciada como uma situação de dor. Freud qualifica esta situação vivenciada como dor e não angústia, apontando para o corpo biológico um sofrimento existente antes mesmo do corpo pulsional, à medida que a ausência da mãe pode comprometer as satisfações básicas do bebê e a partir daí ser sentida como uma situação traumática, denunciando o primado da condição de somatização do sujeito. Freud continua afirmando que

O ser humano da primeira infância não está de fato equipado para dominar psiquicamente as grandes quantidades de excitação que chegam ao exterior ou do interior. Em certa época da vida, o interesse mais importante é, efetivamente, que as pessoas das quais dependemos não retirem sua tenra solicitude (p.261-62).

Sem dúvidas a qualidade dos cuidados maternos é um prenúncio do que será a vida somática do sujeito. É Fernandes (2003) também que completa este pensamento freudiano, explicando que estas quantidades de excitação devem passar pelo Outro maternal, daí pode-se dizer que o “outro maternal exerce aqui uma função de pára-excitação” (p.88). O papel da mãe é intermediador, assegurando a conservação da vida do bebê, mas também, permitindo o acesso desse bebê ao prazer através da promoção de sua sexualidade. Assim, capacitamos a afirmar, juntamente com a autora, que o “outro é o pólo investidor que vai transformar o corpo biológico para que o corpo se torne um corpo próprio, habitado pela linguagem” (p. 91). Além desta afirmação, acrescentamos a já citada contribuição de Déjours (1989) quando ressalta que o desenvolvimento do corpo erótico é o resultado de um diálogo em torno do corpo e de suas funções, baseando-se nos cuidados corporais prestados pelos pais, principalmente nos primeiros anos de vida. Ainda o mesmo autor aponta que o diálogo em questão depende da relação entre pais e filhos, uma vez que o funcionamento psíquico da mãe, suas fantasias, sua sexualidade, sua história e sua neurose infantil marcam de forma peculiar este diálogo a ponto de inscrever na própria carne da criança as marcas do seu inconsciente.

O movimento de ausência e de presença do Outro materno na relação com o bebê citado há pouco indica as forças pulsionais em jogo neste circuito, por onde o reconhecimento de um corpo-sujeito e daquilo que diz respeito ao Outro será constituído. A alteridade é reconhecida neste movimento pulsional, assim como na relação intersubjetiva, uma vez que para Assoun (1993) “o corpo é um instrumento vivo por meio do qual a mensagem do Outro se encontra literalmente incorporada” (p. 165).

O que dissertamos até agora não é nenhuma novidade teórica, porém desejamos chamar a atenção, nesta pesquisa, para a função do corpo no movimento pulsional de ausência e presença do Outro materno nos primeiros anos de vida e sua relação com o adocimento do sujeito como parte do conjunto de

relações intersubjetivas composto no grupo familiar. Corroboramos, assim, com a questão de Fernandes (2003), apontando o lugar e a função do corpo na relação intersubjetiva como o único mediador e o ponto de risco da relação, pois o que acontece ao corpo levaria o sujeito a decodificar o desejo do Outro em relação a si, impondo-lhe o reconhecimento do seu próprio corpo.

Deste modo, postulamos que na rede de significações do adoecimento do corpo, o Outro rege, juntamente com o sujeito adoecido, um embate entre pulsões e desejos conflitantes, entrelaçados por outras ligações intersubjetivas, coadjuvantes na compreensão do adoecimento. Pelo tipo de vínculo intersubjetivo estabelecido entre o sujeito e o Outro aparecem os elementos reais, simbolizados ou imaginados por aquele capturado pelos traumas e fantasmas não elaborados.

Na verdade, essa relação dual entre mãe e filho é muito mais complexa em se tratando de intersubjetividade, visto que, de acordo com Ruiz Correa (2002), é importante considerar a função do Outro e mais de um outro na fundamentação da vida psíquica do sujeito. Além desta afirmativa, tanto Kaës (2001) quanto Aulagnier (1975) compreendem também a vida por uma complexidade problemática do vínculo intersubjetivo, uma vez que em Freud (1914, 1915, 1921[1969]), o indivíduo já era concebido por uma “pluralidade de pessoas psíquicas”, sustentando um dos alicerces da ligação intersubjetiva pelo processo de identificação.

Com base nestas proposições, é importante definir o conceito de intersubjetividade, a fim de que possamos fundamentar o seu lugar no grupo familiar a ser dissertado no capítulo seguinte.

Estabelecendo um paralelo entre Lacan (1981) e Kaës (2001) para diferenciar a teoria da intersubjetividade, encontramos em Lacan uma idéia diferenciada da comentada acima. De acordo com Lacan (1981)

Queremos nos tornar para o Outro um objeto que tenha para ele o mesmo valor de limite que tem em relação à sua liberdade, o seu próprio corpo. Queremos nos tornar para o Outro não somente aquilo em que a sua liberdade intervenha, porque o engajamento é um elemento essencial de nossa exigência de sermos amados, mas é preciso também que seja muito mais do que um engajamento livre. É preciso que uma liberdade aceite se renunciar a si mesma para estar, a partir de então, limitada a tudo que podem ter de caprichoso, de imperfeito, e mesmo de inferior, os caminhos para os quais se arrasta o estar cativado por esse objeto que somos nós mesmos (p.248).

Enquanto para Lacan esse conceito se refere aos efeitos deste sobre o sujeito e não em torno da consciência psíquica do vínculo intersubjetivo, para Kaës a problemática da intersubjetividade não pode ser reduzida a ter no espaço intrapsíquico o lugar da função do Outro ou mais de um Outro, como citado anteriormente por Ruiz Correa (2002). O que Kaës levanta é a questão do reconhecimento e da articulação de dois espaços psíquicos parcialmente heterogêneos, munidos cada um de lógica própria. As exigências do trabalho psíquico de ligação e transformação, ou seja, o movimento pulsional à procura de sentido seria imposto pelas relações intersubjetivas para que houvesse lógica e espaços próprios na construção destas relações. Isto quer dizer que quando nos referimos ao grupo familiar nos deparamos com essa intersubjetividade, possuidora de uma lógica e de espaços próprios, orquestrados pelo movimento pulsional oriundo das excitações internas e externas ao grupo, à procura de uma representação, pois é nesse espaço que encontraremos alguns outros elementos coadjuvantes no processo de adoecimento, a saber, o contrato narcisista de Aulagnier (1975) e os pactos e as alianças formados a partir da escolha conjugal (Ruiz Correa, 2001, 2000a; Eiguer, 1998, 1997, 1995).

Os aspectos transsubjetivos e intersubjetivos na dinâmica familiar, o processo de identificação, os pactos e as alianças serão discutidos mais adiante para compreendermos o lugar do grupo familiar em meio ao processo de adoecimento do corpo do sujeito. Considerando a existência da fusão do corpo biológico com a do corpo erógeno – o da subjetividade – no adoecer somático, o adoecimento também apresenta dimensões intersubjetivas complexas ao relacionarmos com o imaginário dos sujeitos do grupo familiar e sua dinâmica.

Consideraremos, a seguir, os principais fatores que influenciam no adoecimento do corpo a partir não só de uma perspectiva subjetiva, mas de uma compreensão intersubjetiva familiar.

2.3 Do corpo saudável ao corpo doente: considerações sobre o adoecer e o processo de adoecimento do corpo

Nesta dissertação nossa hipótese compreende considerar alguns aspectos da dinâmica intrapsíquica do sujeito adoecido, já conhecidos e explorados pela

Psicossomática Psicanalítica, e acrescentar a estes os elementos intersubjetivos do grupo familiar que podem comprometer o adoecimento somático. Neste subcapítulo apresentamos uma diferença entre o corpo saudável do corpo doente, assim como a diferença nos dois tempos da doença, a saber, os aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos que envolvem o processo de adoecimento do corpo e o do adoecer somático propriamente dito.

Entendemos o processo de adoecimento do corpo, a partir de um conjunto de questões existentes na intersubjetividade familiar que podem contribuir para o adoecer somático. Quando o adoecer se estabelece no corpo pensamos que a família resgata pelas tentativas de representações simbolizadoras um sentido deste adoecer. Acreditamos encontrar estas tentativas pelo processo de transferência no decorrer de uma escuta analítica. Enquanto que do sujeito somatizante escutamos as características de seu funcionamento mental, do grupo familiar escutamos as complexas tramas existentes nas vicissitudes intersubjetivas que podem intervir no adoecimento e representar o adoecer. Por enquanto, ficamos com algumas questões a respeito do adoecer e do processo de adoecimento do sujeito e mais adiante, no segundo capítulo, dissertaremos sobre o adoecimento no contexto intersubjetivo familiar.

2.3.1 O corpo saudável

Podemos elencar inúmeras questões a respeito de fatores influenciadores, internos e externos no adoecimento, ao diferenciarmos um corpo saudável de um corpo doente. Na diferença entre o que é saudável e doente consideramos tanto o funcionamento mental do sujeito quanto as relações intersubjetivas de um ambiente familiar. Concebemos o ambiente familiar como um meio constituinte e intermediador das condições de saúde dos vínculos estabelecidos desde antes do nascimento do bebê, além de poder implicar também um meio desestruturante da saúde do corpo. Não desconsideramos certas características culturais que o ambiente familiar possa apresentar e com isso influenciar na saúde ou na doença do sujeito.

Para Winnicott (1967[1999]) a vida de um sujeito saudável é caracterizada tanto por medos, conflitos, dúvidas, frustrações, quanto por características

positivas. A maneira que estes sentimentos e conflitos são contidos e significados pela família pode comprometer a saúde não só mental como física do sujeito. O ambiente familiar saudável e suas relações servem de continente para que o corpo do bebê seja recebido e salvaguardado pela mãe de suas intensas excitações, e este ambiente, ou a “preocupação materna primária”, como assinala Winnicott, deve adaptar-se de forma satisfatória às necessidades individuais da criança.

Em pessoas saudáveis o uso do corpo e de suas funções é uma das coisas prazerosas da vida a ser estimulada não só em bebês, mas em crianças, em adolescentes, em adultos e em idosos. Não só podemos dizer que um sujeito saudável advém de uma família com um ambiente facilitador, obedecendo e discriminando as funções paterna, da materna e da familiar, quanto o conteúdo a ser filtrado pelo sujeito na sua relação com os membros balizará o modo de relação com o próprio corpo e com o adoecimento. Winnicott (1967[1999]) acrescenta que uma grande parte da vida saudável tem a ver com as várias modalidades de relacionamento objetal e com um processo de “vai-e-vem”, ou movimento pulsional entre o relacionamento com os objetos internalizados e o imaginário familiar. Diante destas considerações, lançamos a seguinte questão norteadora de nossa hipótese: quais as implicações do adoecimento do corpo na intersubjetividade familiar?

2.3.2 O corpo doente

Antes de analisarmos as implicações do adoecimento na intersubjetividade e na história familiares, falaremos do adoecimento do corpo convocando uma análise sob dois pontos de vista: compreender o adoecer como um estado que compromete a relação atual do sujeito com o seu corpo e com a sua família, e analisar os fatores influenciadores no processo de adoecimento do corpo, numa concepção psicanalítica do sujeito, e a relação deste com a intersubjetividade familiar. Numa perspectiva clínico-social, pensamos a doença do corpo enquanto estado e processo, justificando, assim, a necessária interlocução com a medicina, com a psicossomática psicanalítica, com a família e com o social.

O adoecer somático implica algumas questões do funcionamento psíquico diferentes das envolvidas no processo de adoecimento, que envolve também aspectos da intersubjetividade familiar.

Angerami-Camon (1996), apresenta uma concepção fenomenológica e social do adoecer, destacando algumas conceituações relevantes. Adoecer implica a ausência de saúde, ou ainda a falta de condições para o enfrentamento de manifestações contrárias ao organismo. Esta concepção demanda uma mudança na relação do sujeito com o cotidiano. O grau de impacto provocado no sujeito por uma patologia acarretará reações, a partir da percepção que este tem do mundo e do Outro, ou seja, a doença do sujeito receberá influência do modo como ele percebe o olhar do outro sobre si mesmo e como reage a essa interação. A partir dessas concepções, o autor acredita que a doença nunca será a mesma para os diversos sujeitos, pois ela é única em sua manifestação e, igualmente, provoca reações singulares em cada paciente, assim como o efeito das medicações e dos tratamentos incidirão de diferentes maneiras em cada um. Ainda completa que o adoecer traz em si resquícios da própria contemporaneidade, apontando a doença como um derivativo muito mais de manifestações sociais do que originária das diversidades subjetivas. Este ponto de vista nos leva a pensar que o adoecer não somente sofre influência de acontecimentos da contemporaneidade, como também está muito implicado com um tipo de funcionamento mental do sujeito e com a intersubjetividade familiar, possibilitando-nos encontrar no processo de subjetivação e intersubjetivação do sujeito diferentes compreensões do adoecimento.

Segundo Ávila (1996) sobre a concepção da medicina a respeito do adoecer, a tarefa do médico é trabalhar pela saúde do paciente, tentando prevenir, curar ou atenuar a doença, aliviando desconfortos como a dor e ajudando o enfermo a manter-se atuante e prevenindo a morte precoce. No entanto, a concepção ainda da medicina sobre doença é um mal estar a ser afastado, cujas causas podem ser físicas e biológicas, sem que os aspectos psíquicos e sócio-culturais possam ser questionados. Suas críticas advertem para uma concepção da doença já superada e abriu espaço para um olhar multicausal, já existente desde a década de 60. A multicausalidade do adoecer passa a se originar não só do aspecto físico e biológico, mas também do subjetivo e do social. A doença, além de se caracterizar fundamentalmente por um estado negativo, de ausência de saúde, e

também ter relação com o modo de vida do sujeito, pode ser antecedida por um estado subjetivo do doente. Por isso Herzog (1991) compreende três formas do sujeito “tornar-se doente”. De uma condição temporária para um estado de cronicidade, a doença pode levar o sujeito a três estados: “estou doente”, “sou doente” e “sou paciente”. Acreditamos que o sujeito não tende a não olhar para o seu corpo com a mesma preocupação quando surge a doença, quando, então, ela chama atenção para os seus órgãos e funções. Estas funções são reconhecidas pela medicina, contudo poucas vezes são reconhecidas pelo sujeito como agentes de sua doença.

2.3.3 O processo de adoecimento do corpo e o adoecer somático

O adoecer somático pode ser compreendido de três maneiras: ter sentido como sintoma, não ter sentido e ter sentido a partir do momento que aquele é simbolizado no processo de transferência do sujeito e de sua família. Já o processo de adoecimento do corpo pode ser compreendido pela maneira que a intersubjetividade familiar atuará para o adoecer do sujeito.

Para alguns psicanalistas franceses, como Marty (1993), estudioso da Psicossomática, o corpo doente não possui um sentido e a somatização constitui uma dissociação entre a pulsão de vida e de morte. O sujeito possui um funcionamento atípico do aparelho psíquico, diferente do funcionamento do aparelho psíquico dos neuróticos. Para Déjours (1989) o adoecer possui um sentido a partir do momento que possa ser simbolizado na relação terapêutica. A teoria Psicossomática de Marty (1993) aponta os conceitos de pensamento operatório, de depressão essencial e de desorganização psicossomática progressiva como característicos do funcionamento individual. Ainda há alguns outros pontos como os conteúdos inconscientes, a pulsão de vida e de morte, os movimentos de fixação e de regressão, a movimentação da pulsão, a quantidade e a qualidade das representações, o eu ideal, os traumas, os tipos de angústia, que estão implicados no adoecer somático e precisam ser mais estudados.

A doença não é somente externa ao organismo-sujeito, mas criada por este, seja por uma conversão ou somatização. Entretanto, cabe-nos diferenciar primeiramente o sintoma da somatização. O sintoma para os psicanalistas pós-

freudianos define-se como uma formação do inconsciente em que se opera uma substituição passível de deslocamento e modificação a partir de uma interpretação, e no qual há um endereçamento ao Outro. Segundo Freud (1926[1969]), a formação do sintoma é comum na neurose e é atribuída a um conflito existente entre o supereu e o isso, cuja reivindicação do desejo frente às exigências do mundo externo é vetada pela repressão. Já para o Marty (1993), os sintomas do somatizante, ou seja, a somatização propriamente dita não tem uma significação e seria decorrente de uma falta de simbolização e de uma carência de representação, descarregando diretamente no corpo as tensões psíquicas.

Podemos considerar que a diferença entre um sintoma e uma somatização ocorreria pela intensidade e tipo de angústia. Para Freud (1926[1989]), a angústia é compreendida por duas maneiras, ou como sinal, anunciando um momento ameaçador e tensional para o sujeito ou, contrapondo-se a primeira, como uma angústia automática referente aos primórdios da relação mãe-bebê. Marty (1993) propõe que a somatização acontece ou em consequência de uma angústia, como perda, luto, acontecimentos traumáticos reais, ou por uma angústia difusa, sem objeto, o que mina aos poucos no sujeito as suas relações libidinais com a vida. Voltando a Freud (1926[1989]), necessitamos esclarecer outra diferença. Enquanto que, para o sintoma, a angústia é presente por estar diante de uma ambivalência conflitual, na conversão não há angústia, pois os sintomas na histeria de conversão são deslocados e constituem processos catexiais permanentemente mantidos pelo deslocamento. Além de Freud, segundo Cunha (1996), na somatização a angústia é difusa e há ausência de objeto. Quando o sujeito apresenta uma angústia difusa, ele se encontra numa aflição mais profunda, cujo Eu encontra-se submerso pelo afluxo de movimentos pulsionais não dominados sem possibilidade de representação. Para Cunha, a angústia difusa é um estado arcaico de transbordamento que precede a depressão essencial, outro termo utilizado para caracterizar a condição de somatização. Com uma breve explicação, segundo Marty (1998), a depressão essencial foi criada para designar a depressão sem objeto e sem auto-acusação e ainda uma retomada de um tipo de depressão da infância ou latente. O sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera somática. O essencial da depressão, em outras palavras, quer dizer a essência da depressão, uma vez que esta consiste no rebaixamento do nível do tônus libidinal sem qualquer

contrapartida econômica mental positiva. Ocorre um apagamento do sujeito em toda a dinâmica mental, como deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e atividades oníricas.

A compreensão de Fernandes (2003) acerca do corpo doente nos leva a acrescentar a essas postulações uma nova concepção de somatização, pois “o que o corpo pode nos apresentar é sim uma metamorfose de seus sintomas, camuflando o silêncio mortífero da somatização lesional e até fatal, porque o que está em jogo é o desejo inconsciente que se faz neste lugar corpo” (p.40). Então, se o tipo e o estado de angústia diferem no processo de adoecimento, o desejo inconsciente determina-o, apontando para qual objetivo o sujeito destina a sua vida.

Acreditamos ser fundamental dar atenção ao risco, às formas de adoecimento e à contextualização da doença. Consideramos três fases importantes do adoecer em relação à compreensão do sujeito e de sua família: o antes, o durante e o depois do adoecer. Situar a evolução do adoecimento numa linha do tempo e no contexto da história do sujeito e de sua família poderá permitir considerar que seu significado possa ser construído e elaborado pelos mesmos, seja no decorrer de uma pesquisa ou de um processo psicoterápico. Acreditamos que no pós-adoecimento, há a possibilidade de compreensão da somatização pela simbolização da doença realizada pelo sujeito na transferência. Antes disso, o próprio sujeito desconhece, muitas vezes, os fatores ameaçadores da saúde de seu corpo.

Quando citamos as fases do adoecimento, percebemos que a elaboração da doença grave pelo sujeito e pela família se faz em uma passagem de sentimento de impacto paralisante da notícia até uma tomada de providências necessárias ao seu tratamento. No entanto, há momentos do pós-adoecimento que não são metabolizados ou que não propiciam condições de elaboração e transformação pelo grupo familiar e pelo sujeito, desencadeando outras doenças como a depressão. Isto não quer dizer que a depressão e o estresse não existam na vida do sujeito e na família. A diferença entre estas fases ou momentos vai depender do tipo de enfermidade. Portanto, apontamos diferenças no adoecer no que diz respeito ao seu grau e intensidade. Consideramos, juntamente com Marty (1993), uma doença grave a partir de sua cronicidade e capacidade degenerativa, ou pelo seu estado de crise. No entanto, nem sempre uma doença crônica é grave, pois seu

grau de intensidade pode permanecer satisfatório em se tratando de risco de morte. O mesmo autor aponta que o adoecer pode ser reversível e irreversível. O adoecer irreversível acontece quando o sujeito adoecer gravemente pela constante depressão essencial minando a qualidade de suas relações objetivas, desorganizando progressivamente o seu equilíbrio psicossomático. Já o adoecer reversível compreende as afecções como as alergias, as asma e os eczemas, as hipertensões arteriais, as úlceras gastroduodenais, as cefalalgias e as enxaquecas que aparecem espontaneamente e que podem se complicar no sujeito. Elas são repetitivas e acontecem em um dado momento, desde a tenra infância, e representam doenças de crise, que naturalmente regridem com o tratamento médico ou psicoterapêutico adequados. Nas doenças de crise ou reversíveis o caráter regressivo, por ter no sujeito uma limitação do seu funcionamento mental, relaciona-se com os dois conjuntos de princípios existentes para o domínio dos movimentos de vida de um indivíduo. O primeiro é constituído pelo princípio da organização funcional do psiquismo, efetuado durante o desenvolvimento do sujeito, e o segundo princípio compreende os processos de fixação e de regressão. A fixação é interpretada, pelo mesmo Marty, como um atributo de valores privilegiados de certos sistemas funcionais durante o desenvolvimento individual, ou como Laplanche e Pontalis (2001) definem, a partir da ligação realizada pela libido a pessoas ou imagens, reproduzindo determinado modo de satisfação e permanecendo organizada de acordo com a estrutura característica de uma das suas fases evolutivas. Já a regressão existente nas doenças de crise consiste em um retorno tardio aos sistemas funcionais primeiramente fixados, por ocasião dos movimentos limitados de desorganização, por dissociação e por descompassos funcionais psíquicos sucessivos. Vale ressaltar que estas desorganizações são progressivas e partem globalmente do psíquico para atingir o somático. Acreditamos, juntamente com Marty (1993), que o sistema funcional do psiquismo não pode suportar uma carga muito pesada de excitações sem se desorganizar.

Uma doença de crise ocorre em momentos cujo movimento do sujeito pode representar uma resposta a uma situação ameaçadora e angustiante, o que, para Freud (1926 [1989]) seria um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado latente por consequência do processo de repressão, quando o Eu recusa a associar-se a uma catexia provocada pelo isso.

No entanto, a somatização apresentada sob a forma de uma asma ou de um eczema não necessariamente é uma formação de sintoma, mas pode se agravar à medida que provoca lesões no corpo por causa de sua cronicidade. A partir destes princípios sobre a somatização, postulamos que, neste caso, ela compreenderia uma resposta a um trauma na relação familiar que não pôde ser elaborado e escoado pelas representações, atingindo um lugar no corpo e responsabilizando, muitas vezes, o funcionamento psíquico do sujeito pela situação de crise reversiva, ou estado de regressão temporária, ou pela cronicidade sem alteração na sua gravidade ou o agravamento da doença levando o sujeito até o óbito.

Assim, também McDougall (2000) concebe a doença somática como equivalente de uma impossibilidade da mente em processar os conflitos psíquicos, produzindo uma regressão em que o indivíduo recai na indiferenciação somatopsíquica do bebê, da mesma forma que, para Cunha (1996), o adoecer estaria associado ao processo traumático de separação-individuação e aos impasses oriundos do estado de desamparo e de ausência do objeto para-excitante, ou seja, de um gerenciador das excitações oriundas das perdas e dos lutos que não puderam ou não foram elaborados pelo sujeito.

As postulações sobre somatização, dissertadas no parágrafo anterior, são acrescidas também de outros tipos de adoecimento, tais como o crônico e o grave com iminência de morte. Contudo, estes apresentam duas pequenas diferenças na forma de apresentação da doença e, ao mesmo tempo, um ponto em comum na pré-condição do adoecer. Enquanto a doença crônica pode evoluir e manter certa constância ao apresentar limitações dos recursos psíquicos e intersíquicos do sujeito, na medida em que não consegue elaborar os conflitos e traumas, na doença grave a cronicidade e a desorganização psíquica se produzem e se prolongam de forma progressiva dentro de um tempo mais ou menos longo, podendo conduzir à morte. O ponto em comum nos estados crônicos e graves consiste na depressão progressiva e prolongada, estando no mesmo compasso da desorganização, à medida que ganha projeção sem quase espaço para as elaborações mentais e, às vezes, impossíveis de se realizar, como em casos de mortes súbitas.

As disposições genéticas e hereditárias, os fenômenos hormonais e a iatrogenia intervêm nos casos de doença grave como o câncer, doenças auto-imunes e cardio-vasculares. No entanto, é por compreender a dimensão dos

acontecimentos traumáticos ocorridos numa família, que acreditamos, ao propormos o adoecimento grave do corpo de um ou de mais de um dos sujeitos da mesma família, que este pode culminar num somatório de outros elementos desencadeadores como a depressão e o prolongado e excessivo estado de excitações do psiquismo, sem possibilidade de representação.

Diante de algumas concepções sobre a somatização, selecionamos as contribuições de Marty, Cunha e Déjours. No entanto, privilegiamos o trabalho de Déjours (1989, 1988) por apontar um caminho que facilita uma articulação da análise do adoecer somático do sujeito com as relações intersubjetivas e histórias familiares. Vale ressaltar ainda que Déjours (1988) diferencia a doença crônica da aguda a partir do estado do sujeito, ou seja, a doença crônica advém da depressão do sujeito, enquanto que a doença aguda está relacionada com o estado de angústia.

Déjours (1989) compreende, tanto quanto Marty (1993), que o adoecimento somático ocorre em consequência de um funcionamento mental atípico, com o apagamento das defesas mentais do sujeito, além de se dar uma neutralização dos processos pré-conscientes na representação de coisa. Porém, o primeiro autor acrescenta que algumas somatizações sobrevêm fora dos processos de desorganização progressiva, pois o sujeito somatizante reorganiza e retoma, pela doença, a evolução mental antes interrompida ou neutralizada por um conflito psíquico ou trauma impactante de difícil elaboração, tentando fazer novas ligações psíquicas diferentes da desorganização progressiva de Marty, em que se encontra o estado de regressão. Déjours (1989) postula ainda a possibilidade de uma somatização simbolizadora, reativando o processo de criação das representações mentais, retomando os significados de um corpo fragilizado pela doença, uma vez que a falta de simbolização, de propriedade na estrutura do sujeito, pode ser observada nas falas dos pacientes, designando de antemão o lugar do corpo.

Com base nas interpretações de casos apresentados por Déjours (1989) apontaremos alguns outros fatores preponderantes no adoecimento somático, retomando alguns já citados anteriormente. As múltiplas somatizações como no caso de Ariane – com diabetes insulino dependente, faringite, bronquite, síndrome nefrótica, hipertensão arterial, epilepsia e “doença do pé” – apontam para uma angústia associada a um estado de desamparo, uma angústia mais primitiva,

aquela que, para McDougall (2000), representa uma histeria arcaica, cuja busca do sujeito é de preservar não o sexo ou a sua sexualidade, mas seu corpo inteiro, sua vida construída a partir de laços somato-psíquicos pré-verbais com a mãe. Porém, não se tratando de uma conversão e sim de uma multiplicidade de somatizações, os laços pré-verbais do bebê, estabelecidos com a figura materna, são configurados a partir de uma fissura no investimento libidinal, pela incapacidade da mãe de manter-se como continente, a fim de que as excitações do bebê sejam nomeadas. A subjetividade do corpo-somatizante se inscreve num estado de desamparo, como se o corpo não fora simbolizado satisfatoriamente como uma propriedade. Além de apresentar um desprezo pelo corpo, a angústia dá espaço também a uma ferida narcísica intensa com sentimentos de inaptidão, de impotência e de desqualificação diante dos acontecimentos somáticos. Ainda na hipoglicemia desenvolvida por Ariane, após ter se tornado insulino-dependente e com a evolução da psicoterapia, Déjourns (1989) apresenta a existência de um conteúdo mental agressivo e latente originado de uma identificação com um agressor real ou imaginário vivenciado no meio familiar.

A contribuição mais importante do trabalho de Déjourns para a nossa dissertação reside na possibilidade de distinguir as diferentes somatizações, a partir de considerações clínicas e, sobretudo, pela tipologia dos casos psicopatológicos associados a cada uma delas. O sentido da somatização deve se centrar mais na análise e na transferência, a fim de que o acesso ao sentido possa ultrapassar a hipótese do primado econômico do funcionamento mental e do trauma no processo de somatização. Assim ressalta o autor: “... se existe um sentido nas somatizações, esse sentido não deve, como no sintoma neurótico, ser analisado a partir das formações desejantes, mas ser interpretado como uma transformação das moções de destruição e da violência compulsiva” (Déjourns, 1989, p. 28).

Como dissemos no início deste capítulo, além dos aspectos do funcionamento mental do sujeito, também levamos em conta as relações intersubjetivas existentes no grupo familiar ao considerar os fatores envolvidos no processo de adoecimento somático. Desse modo, concordamos com Azevedo (2001), cuja questão do adoecimento do seio se dá pela via da transmissão psíquica transgeracional, em que noções como luto não elaborado são incorporados formando uma cripta (Abraham e Maria Torok, 1995). Entretanto,

adicionamos às postulações acerca do adoecimento somático a questão do imaginário na intersubjetividade familiar, uma outra forma de representação e canal da transmissão psíquica entre as gerações familiares.

O imaginário implica a preponderância da relação do sujeito com a imagem do semelhante, ou do Outro (Laplanche, 2001), o que nos leva a pensar que, além das manifestações psicossomáticas ultrapassarem o não elaborado, atingindo os neuróticos, os psicóticos e os perversos, convivendo com o recalçado, o repudiado e o desmentido, o adoecimento possuiria também uma ligação com o imaginário familiar constituído por uma trama de significados passados de geração em geração e ligado a uma falha da representação e a uma distorção do imaginário do sujeito do seu semelhante. Nesse caso, tanto a representação quanto o imaginário do sujeito estariam comprometidos com a falha da função do grupo familiar de maternagem e continente.

Considerando a questão do imaginário no adoecer e sua relação com o universo familiar, trazemos à guisa da compreensão a necessidade do limite deste imaginário com o real, uma vez que o adoecimento do corpo desperta no sujeito e em sua família possíveis situações de conflito, de ameaças de morte e de transformações. Os trabalhos de Angerami-Camon (1996) com pacientes hospitalizados revelam que as condições emocionais dos pacientes determinarão uma parcela bem significativa no processo de recuperação, no que diz respeito à maneira pela qual a doença foi configurada e sedimentada em seu imaginário. Porém, acrescentamos que este determinismo não pode ser engendrado somente pelo sujeito na construção de sua subjetividade, mas deve pertencer a um legado de significações da doença transmitidas pelas gerações e revividas em cada dinâmica intersubjetiva num grupo familiar. Ainda, postulamos que este determinismo não necessariamente confirma um adoecer somático, pois mesmo tendo na história determinantes genéticos e psíquicos, a capacidade de cura, ou melhor, de convivência com a doença depende da condição de elaboração e de transformação da doença pelo sujeito e seus familiares.

No sentido da articulação entre família e adoecimento do corpo proposta neste trabalho, apresentamos no próximo capítulo a fundamentação teórica que alicerça a compreensão do lugar da família e de toda a sua complexidade intersubjetiva e histórica, face ao adoecimento do corpo de um ou mais de um de seus membros.

3

Grupo familiar e o adoecer de um ou mais de um corpo-sujeito

Já não distingo os que se foram dos que restam.
Percebo apenas a estranha idéia de família
viajando através da carne.

Carlos Drumond de Andrade

Neste capítulo apresentamos algumas postulações teóricas, delimitando a concepção de grupo familiar e considerando alguns dos principais processos psíquicos existentes na trama intersubjetiva no momento do adoecer somático de um ou de vários membros da família. Privilegiamos o processo de transmissão psíquica geracional na família como um processo coadjuvante no adoecer e analisamos alguns elementos do funcionamento psíquico relevantes no processo intersubjetivo familiar. Os temas apresentados neste capítulo, a saber, a história familiar, a transmissão psíquica e a intersubjetividade familiar, assinalam a questão lançada inicialmente nessa dissertação sobre o que é transmitido pela história geracional familiar que possa comprometer a saúde do corpo do sujeito.

Estabelecemos algumas considerações teóricas para chegar à concepção de grupo e de família, mesmo sabendo que esta caracteriza um tipo de grupo. Com o objetivo de esclarecer as concepções das palavras grupo e família, Ruiz Correa (2000b) concebe o primeiro a partir de um conjunto de pessoas ou coisas, possuindo características comuns, usadas para organizar toda uma convivência e classificar os objetivos particulares. Já a família tem o significado de existir na condição de parte comum aos membros, a partir do laço consanguíneo estabelecido, e da continuidade, com base no desejo de constituição e perpetuação do grupo. A mesma autora ainda afirma que a família nuclear objetiva a procriação, a perpetuação da espécie, a diferenciação e organização sexuais, a transmissão da cultura e de um patrimônio material, assim como de valores

simbólicos. Ao mesmo tempo, compreende um espaço de construção do sentimento de pertença e de identidade, a fim de que possa ocorrer a elaboração da transmissão psíquica geracional, através de organizadores psíquicos específicos que reúnem elementos vitais para a continuidade e contigüidade têmporo-espacial deste grupo, sustentada pela atividade fantasmática como um dos motores de sua psicodinâmica.

Diante dessa postulação, apresentaremos a nossa compreensão a respeito de grupo familiar, os principais funcionamentos psíquicos existentes na intersubjetividade familiar e o processo de transmissão psíquica articulados com o adoecimento do corpo.

3.1 Grupo familiar: corpo ou objeto?

Neste trabalho elucidamos duas concepções de grupo familiar a partir do imaginário dos membros. Uma diz respeito à concepção de família como corpo e outro como objeto.

Embora Kaës (1997) descreva o grupo como objeto tal como corpo, analisamos a sua contribuição de acordo com os operadores psíquicos existentes no grupo familiar. Este corpo nos remete à imagem das relações precoces do bebê com o corpo da mãe, constituindo um organizador psíquico de base nas relações intersubjetivas dos membros familiares. A concepção de aparelho psíquico grupal do mesmo autor, como uma construção psíquica comum dos membros de um grupo para constituir um grupo próprio, sustenta a compreensão de aparelho psíquico familiar cujo o objetivo é assegurar a mediação nas relações intersubjetivas familiares com o meio externo, salvaguardando as diferenças entre a realidade psíquica dos elementos intrapsíquicos dos sujeitos da família e dos componentes vinculares intersubjetivos de outros grupos, considerando, ainda, as diferenças na realidade grupal familiar de acordo com o seu contexto sócio-cultural. A construção de um aparelho comum aos membros de um grupo familiar é organizada desde as projeções da imagem de um corpo único, mostrando, assim, a existência de três maneiras distintas de qualificar o espaço deste corpo no grupo. O primeiro se refere a um espaço vivenciado ou ao corpo imaginário único propriamente dito. Ainda o corpo familiar pode ser compreendido pelo espaço

real, o físico inserido num ambiente específico. Por último, compreendemos a família como um corpo e um espaço simbólico onde fluem as representações. O mesmo autor define que o aparelho psíquico grupal possui um “corpo fantasmado, sendo uma das funções desse aparelho exatamente formar um corpo de prótese, um simulacro, uma unidade imaginária cujos elementos são indivisíveis como os membros do corpo, os dedos da mão.” (p. 204).

Sendo assim, a família compreenderia um continente para que a angústia das inúmeras situações de conflito do sujeito possa ser contida, tanto quanto acolher a angústia mais profunda, aquela que diz respeito ao abandono do sujeito, mesmo que esta fantasia denuncie a forma como ele imagina o grupo, a de não existir no desejo do outro e possuir o sentimento de filiação e de pertença.

O grupo familiar como corpo não deixa de ser compreendido também como objeto, a partir do conceito kleiniano de objeto interno, quando este é constituído pela identificação primitiva com os pais internalizados. A família como objeto implica um lugar no imaginário dos membros, onde há um embate antagônico das pulsões de vida e de morte e cujas representações fazem parte de uma fantasia inconsciente, às vezes, de conteúdo excitatório potencialmente traumático.

A partir de uma análise dos pressupostos básicos de Bion, todo grupo possui organizadores psíquicos inconscientes. A formação do grupo familiar não possui os mesmos organizadores psíquicos de um grupo qualquer. Antes mesmo de citar as postulações de Eiguer (1995) sobre os organizadores específicos do grupo familiar, consideramos os pressupostos de Kaës (1997), ressaltando que as funções dos organizadores psíquicos de grupo operam na reunião, na ligação, na integração e na transformação dos seus componentes intersubjetivos. Dentro do grupo há distinção entre os organizadores. Por um lado temos um organizador caracterizado por ser intrapsíquico, pertencente ao sujeito singular, cujo movimento pulsional parte do sujeito em relação aos seus familiares e tem como base a fantasia. E por outro, o tipo de organizador compreendido por aquele da ordem do inter ou transpsíquico que se produz nos vínculos estabelecidos entre os membros e que pode ser atravessado pelas gerações como produto de conflitos não elaborados. Segundo o mesmo autor, os organizadores que regem o tipo de ordem interpsíquica são os pressupostos básicos de luta e fuga, de dependência e de acasalamento de Bion (1965[2004]); a ilusão grupal de Anzieu (1993), como

condição e lugar de acolhimento dos conflitos e da angústia da relação mãe-filho, e acrescenta ainda a ideologia, a partir da construção de um ego ideal grupal. Embasamos esse trabalho com a fundamentação de Eiguer (1985, 1995, 1998) e de Anzieu (1993) sobre os principais organizadores específicos de um grupo familiar.

Segundo Anzieu (1993), a família parte de um encontro da realidade imaginária do casal e de suas heranças ancestrais marcadas por organizadores específicos. Ainda Eiguer (1985) comenta a respeito da diferença regida pela composição de um grupo familiar, uma vez que este apresenta uma modalidade de funcionamento psíquico inconsciente diferente do funcionamento individual. Este funcionamento deverá interferir na integração e na coesão intersubjetivas dos familiares, a partir de referenciais transgeracionais, de objetos ancestrais representados e de atividades fantasmáticas entre os membros. Por outro lado, podemos compreender que uma história familiar aponta a existência de fantasmas através das gerações e por outro, a psicodinâmica do sujeito da família revela, com base na sua fantasia, o seu verdadeiro grupo inconsciente e a sua busca de interação com o meio, na tentativa de recriar a sua própria história. Além disso, Eiguer apresenta três outros organizadores psíquicos na vida familiar cujos processos são inconscientes. O primeiro é a escolha de objeto amoroso no momento do encontro. Este tipo de organizador tem como base a dinâmica edipiana sublimada, oriunda da interdição imposta ao relacionamento entre pais e filhos. É com esta afirmativa que o autor mostra uma das funções da família, a de preparar o sujeito para investir num outro vínculo a partir daquele estabelecido com os pais. Porém, se retomarmos a idéia de família como corpo-objeto, podemos postular que esta escolha também poderá estar comprometida com a imagem impressa da mãe arcaica, cujos laços conjugais atuais foram impregnados por traços oriundos das primeiras relações pré-verbais do bebê com a figura materna. Esta postulação nos leva a pensar que em casos de adoecimentos de um dos cônjuges, principalmente o da mulher, haveria a transmissão geracional de traços de doença aos filhos sem que a imagem paterna tenha sido considerada como interdição da relação dual mãe-filho.

O segundo organizador familiar compreende o Eu familiar, correspondendo ao investimento perceptual de cada membro da família, permitindo reconhecê-la como uma continuidade têmporo-espacial. Ele é

composto pelo *habitat* interior, pelo sentimento de pertença, e diríamos também, pelo sentimento de filiação e pelo ideal de ego familiar. Na verdade, a família estrutura as suas relações interiores sobre um Eu familiar, definindo o que é o mundo familiar e o que não é por meio do sentimento de pertença, em que encontramos reunidos os sentimentos que cada membro da família experimenta em relação ao conjunto do grupo, seja por uma sensação de proximidade particular, ou por ser considerado e tratado de modo diferente como ocorrem em outros grupos não familiares. Este sentimento de pertença se alimenta de percepções inconscientes causadas pelo reconhecimento das reações dos outros diante de um determinado dizer ou agir. É por este caminho que mais uma vez nos remetemos aos primeiros momentos da relação mãe-bebê. Segundo a postulação de Granjon (1993) acerca do nascimento de um filho corresponde a um organizador familiar específico, cujo momento faz mobilizar todos os membros, principalmente o casal conjugal, além de constituir-se como um espaço onde são renovadas as características do grupo. O nascimento compreende um organizador das pulsões de vida e de morte de uma família, apresentando as suas imbricações, suas diferenciações e suas composições tanto em nível dos espaços intrapsíquicos, quanto em nível do espaço psíquico familiar. Também o nascimento compreende a passagem entre a vida e o outro mundo, e todos os mitos que por ele são falados, da mesma forma que Aulagnier (1975) intitula de contrato narcísico o momento de todo o investimento libidinal dos pais passado para os filhos, inserindo-os num legado familiar. O segredo familiar, a amnésia de acontecimentos traumáticos, o não-dito podem corresponder ao enigma de um nascimento não saudável. Neste sentido, podemos pensar que o adoecimento do corpo-sujeito funda-se nas circunstâncias do nascimento, uma vez que este acontecimento possa ter mobilizado o aparelho psíquico familiar não permitindo que este pudesse funcionar, elaborar e conter o legado negativo, sustentado pelo pacto denegativo e pela aliança conflituosa dos pais passada pelas gerações anteriores. Desta forma para Granjon (1993), a criança doente se torna um corpo-túmulo, um fantasma, uma infelicidade, uma catástrofe somática e uma vergonha para a família.

Um dos mais importantes organizadores do grupo familiar é a interfantasmática que “favorece a articulação libidinal, a elaboração de conteúdos recalcados e libera energia psíquica para o desenvolvimento da criatividade” (Magalhães e Féres-Carneiro, 2005, p. 28). Ainda é compreendido

como ponto articulador da representação de coisas com a de palavras (Anzieu, 1993) e por nós como uma possibilidade de encontro e elaboração dos fantasmas individuais de cada membro, costurados pelo conteúdo da história familiar e alimentados pelas fantasias na dinâmica intersubjetiva. A doença e o doente podem ser o fantasma que circula na interfantasmática familiar, aparecendo originariamente na constituição do psiquismo no momento do encontro e da união do casal. Este processo é para o sujeito o elemento que liga representações inconscientes, pré-conscientes e conscientes, apontando o conteúdo do recalcado e dando-lhe a possibilidade ou não de uma transformação que melhor seja aceita pelo eu e para o grupo familiar como um motor de sua psicodinâmica, proporcionando a circulação de representações, a partir de conteúdos excitatórios atuais ou ancestrais. (Eiguer, 1985, 1997, 1998). No adoecimento, a interfantasmática atuaria na transferência à medida que as condições traumáticas causadas pela doença possam ser simbolizadas e dar um novo sentido às relações intersubjetivas familiares. O fantasma mesmo sendo, segundo Rouchy (2000), um objeto estranho incorporado por um processo misterioso de comunicação inconsciente e de interpretação entre os membros, ao longo das gerações e que não pode ser reconhecido pelos sujeitos e não pertence a um conteúdo recalcado, não se tornando, assim, um objeto de construção, acreditamos na possibilidade dele ser desconstruído pelo grupo familiar pela interfantasmática.

Cada família possui um legado próprio, uma história particular, e constitui o ponto de origem de uma sociedade, caracterizando-se como a nascente de configurações intra e interpéssicas. Partindo da concepção freudiana de que a evolução de uma sociedade é uma luta constante pela vida (Freud 1929[1969]), podemos pensar acerca do adoecimento a partir do tipo de movimento pulsional calcado na relação intersubjetiva familiar e na dinâmica intrapsíquica dos sujeitos deste grupo. Postulamos que as complexas e conflituosas dinâmicas familiares atuais e suas histórias podem retratar possíveis ligações com o adoecer somático, pois também é por meio das particularidades do cotidiano e da história de cada família que estes aspectos se revelam.

Além de conceber a família como corpo-objeto e possuir organizadores específicos, apresentamos alguns outros processos importantes na formação desta grupalidade com a função de reger as formações do inconsciente familiar. Para

Kaës (1997), os constitutivos da grupalidade psíquica são os processos originários atuando para estabelecer a associação, a solidariedade e o reconhecimento de si nos membros familiares. Essencialmente esses processos se mantêm pela satisfação da necessidade, ou seja, a família atua na formação do sujeito, sustentando a estruturação do psiquismo desde a sua relação com a mãe, agindo como intermediador da relação envoltória dos seus membros com o meio externo. O fracasso do processo originário invoca mecanismos de defesa, posicionando o recalque como o principal elemento da interseção vincular da família seguido também de outros mecanismos como a evitação, a recusa, o apagamento e a clivagem do grupo diante de um material muito primitivo sem possibilidade de elaboração. É o que podemos ressaltar quando Torok (1968[1995]) postula a respeito do adoecimento do sujeito, como um retorno através da dor, da doença, da catástrofe fisiológica, do “morto-que-carrega-o-luto”, o luto que traz para o somatizante o objeto perdido em meio às lágrimas, aos lamentos e às auto-acusações sem, no entanto, sofrer a dor da separação deste objeto, já que ele se faz presente na doença.

O processo primário na constituição do grupo familiar opera, mantendo a satisfação psíquica para além da satisfação da necessidade. Ele atua no sonho comum ou compartilhado (Kaës, 2004), assinalando os principais processos do funcionamento primário do sonho: a condensação, o deslocamento, a difração e a multiplicação do semelhante (Kaës, 1997). Podemos considerar que este outro processo intersubjetivo familiar, o sonho, possui a função de apontar alguns elementos do tipo de vínculo constituído, além de demonstrar, pela transmissão psíquica, traços herdados dos ancestrais, mensagens consoladoras e conteúdos de reparação traumática. Já os pensamentos conscientes e pré-conscientes de um grupo familiar implicam um processo secundário do funcionamento desta grupalidade, que por sua vez caracteriza-se “pelo deslocamento de quantidades energéticas de fraca intensidade na malha das representações e por um investimento suficientemente forte para manter a atração e a identidade dos pensamentos e a disponibilidade dos elementos do pensamento” (Kaës 1997, p. 157). Diante da possível fragilidade do processo secundário do funcionamento psíquico familiar, o adoecer somático encontra um terreno favorável ao seu surgimento, comprometendo a manutenção das representações intra-familiares.

Os processos envolvidos no funcionamento psíquico de uma família levam-nos a pensar nas suas complexas relações com as circunstâncias do adoecimento. Portanto, a seguir, dissertamos mais detalhadamente sobre esses processos e aqueles envolvidos nas transferências entre o sujeito adoecido e sua família, tais como as identificações, projeções, fantasias, introjeções, incorporações, a atividade onírica e alguns mecanismos de defesa. Deixaremos para a terceira parte deste capítulo o primeiro e o principal processo psíquico e organizador de um grupo familiar, a transmissão psíquica.

3.2 Principais estados e processos psíquicos presentes na intersubjetividade familiar face ao adoecimento do corpo

Segundo Cunha (1998), nos últimos anos tem havido um crescente interesse na relação entre funcionamento mental, imunidade e estado de doença. Este interesse se reflete na associação estabelecida entre circunstâncias da vida, estados afetivos e subjetividade, por um lado, e tipos e estados de enfermidades de outro. Ainda as depressões e estados afetivos de desistência e de desamparo são os fatores psicológicos mais comumente associados ao desencadeamento de câncer e mesmo da maior parte das doenças. Como exemplo, a relação entre perda e depressão, e a desesperança foram registradas em pacientes com linfomas, leucemias e outros tipos de enfermidade.

Vimos na terceira parte do primeiro capítulo que existem alguns processos de funcionamento mental encontrados em pessoas somatizantes, como a depressão essencial, a negação e a evitação, como mecanismos de defesas mais usados e da vida operatória. Retornando a alguns destes tipos de funcionamento mental e aos estados psíquicos do sujeito doente e com base nos pressupostos da Psicossomática Psicanalítica, confirmamos em nossos estudos que a angústia e a depressão compreendem os principais indicadores para o risco de adoecimento. No entanto, consideramos uma outra particularidade dos processos psíquicos do funcionamento mental como responsável pela sustentação de estados de angústia, depressão e enfermidades, a saber, o tipo de intersubjetividade vincular de um grupo familiar. Os membros familiares podem sustentar, na relação intersubjetiva, os processos psíquicos comprometedores do adoecer.

Como relatamos no primeiro capítulo, a intersubjetividade para Kaës (1997) não pode levar somente em conta o lugar e a função do Outro ou mais de um outro no espaço intrapsíquico do sujeito. É importante reconhecer que a sua função consiste na articulação de dois espaços psíquicos parcialmente heterogêneos, mãe e filho, por exemplo, munidos cada um de lógicas que lhe são próprias, e o que será construído neste espaço vincular será produto ou interseção destas lógicas. No terceiro espaço são relevantes as exigências do trabalho psíquico de ligação e de transformação, assim como da procura de sentido imposto pela intersubjetividade na formação do espaço e da lógica intersubjetivas. Nesse sentido, a intersubjetividade se torna um trabalho central na transmissão psíquica geracional e uma das principais vias de condução do processo de adoecimento somático na família.

Na trama intersubjetiva vão se entrelaçando alguns processos psíquicos importantes na subjetividade daquele que adocece no grupo familiar. Desde o nascimento, o bebê recebe de sua mãe as primeiras impressões do meio externo e suas necessidades são contidas e nomeadas a partir de suas solicitações. Kaës (1997) revela que a identificação é um conceito decisivo para articular duas faces, a interna e a externa de um espaço, de um grupo e de uma relação. Mas é em Freud (1895, 1900, 1905[1969]) que este processo ganha mais objetos como encontramos referido o processo de identificação como uma pluralidade de objetos ou de personagens psíquicos. É pela identificação que os doentes podem exprimir os estados interiores de um grande número de pessoas e não apenas os dele. Levantamos a questão que tanto os somatizantes quanto os sintomáticos histéricos podem sofrer, de algum modo, por várias pessoas, além de desempenharem sozinhos, muitas vezes, papéis de um drama familiar, o que não deixa de ter um sentido se analisarmos, por este lado, o fato de um membro do grupo familiar adoecer de maneira grave e subitamente; ou mesmo aquele que se mantém doente desde sempre, pois outra questão que se segue ao objetivo desta dissertação, é qual o papel da identificação no adoecer somático de um ou de outro membro do grupo familiar.

Não podemos deixar de considerar as identificações múltiplas quando Freud (1900[1969]), a propósito dos sonhos, estabelece com aquelas uma relação com a condensação cujo mecanismo compreende uma forma do sintoma proceder nas várias fantasias compactadas dos traços identificados. Estas fantasias têm

como características comuns a formação de um núcleo de figuração na subjetividade. Embora este pressuposto esteja se referindo ao sintoma histérico, os seus mecanismos de execução são estabelecidos, segundo Kaës (1997), para manter uma relação entre a identificação multifacetada, plural ou múltipla, e a fantasia do sujeito diante de seu grupo. Nossa compreensão acerca destes postulados permite elaborar uma questão, apontando a identificação múltipla, com os vários traços de outros sujeitos do grupo familiar, como uma possibilidade de adoecimento de acordo com o grau de comprometimento ou intensidade destas identificações, assim como com o tipo de objeto identificado, por exemplo, a parte de um traço libidinal do outro que esteja desvitalizado. Consideramos, portanto, que no processo de identificação o sujeito pode somatizar a partir das representações realizadas acerca do tipo de objeto internalizado, já antes e de certa forma, compartilhado pelo grupo familiar. Isso poderá acontecer com a identificação baseada nos princípios edipianos e pré-edipianos. O primeiro se refere a uma identificação com o rival, cujo sujeito assimila o desejo do Outro, mesmo este Outro estando ancorado a um legado enlutado ou encriptado. Já a identificação pré-edipiana remete o sujeito a uma forma mais primitiva do laço afetivo com o objeto de maneira devoradora, apresentando uma angústia de aniquilamento.

Observamos em nossa pesquisa que em alguns somatizantes a constituição de sua subjetividade faz da identificação o seu principal operador, a partir de atributos assimilados em contato com o primeiro objeto de amor, a mãe, tal qual ocorre na psicodinâmica familiar, mas que, em algum momento, fora parcialmente elaborado e transformado pelo próprio sujeito. Ou seja, num processo de adoecimento o sujeito pode estar identificado com a figura materna (não necessariamente a mãe biológica) desinvestida libidinalmente e descomprometida com a função de maternagem, da mesma forma que a função paterna pode colaborar não transformando esse vínculo e não agindo como intermediador dessa relação dual.

Acrescentamos uma outra concepção de identificação, intitulada por Kaës (1997) como identificação narcísica, sem ser considerada somente a encontrada em psicóticos. A identificação narcísica demonstra a ligação do amor do sujeito com ele mesmo, identificado com o seu primeiro objeto de amor, a figura materna. Desse modo, podemos entender o adoecimento em casos de um contexto

familiar com fortes identificações narcísicas, a partir da denúncia de um membro adoecido, podendo ser interpretado como uma ameaça de aniquilamento do corpo familiar. Este modo de identificação desencadeia um estado de depressão comumente observado em membros da mesma família que não adoeceram.

Tanto as identificações múltiplas, quanto a identificação narcísica e a edipiana caminham juntas em dois outros processos antagônicos, porém contínuos e complementares sob o ponto de vista do adoecer. Falamos da projeção e da introjeção como processos psíquicos importantes na constituição da subjetividade e observados de maneira intensa tanto em sujeitos adoecidos, quanto em seus familiares. Partimos da concepção que estes mecanismos atuam, configurando uma rede imaginária de representações cujo sentido e direções dos traços subjetivos são variados e carregados de múltiplas fantasias que sustentam, em algumas ocasiões, o mito transgeracional do adoecer.

Num grupo familiar, o reconhecimento de uma doença do outro ou de estar doente se fundamenta na elaboração que a interpretação e a interdiscursividade permitem no sentido de conter as projeções entre os membros. Sabendo que a projeção constitui a expulsão de desejos, sentimentos e até de objetos perdidos, enlutados ou internalizados parcialmente, este tipo de mecanismo mostra que o sujeito nega-se a reconhecer em si mesmo, numa defesa muito arcaica, os primórdios de seus impasses diante dos desejos sobre a doença. Por outro lado, na introjeção, o sujeito de modo fantasístico pode passar para dentro de si os objetos ou os traços destes que se diferem da incorporação, por ser esta uma tentativa de reparação narcísica em consequência de um estado de abandono forjado pelo sujeito e recuperado por ele mesmo, encarnando um objeto de si que foi visto em outro, mas que retornou para si novamente (Laplanche e Pontalis, 2001).

Para Abraham e Torok (1975[1995]), a introjeção procura ampliar o eu por meio dos objetos de amor, compensando o psiquismo com um movimento de crescimento e de retraimento ao mesmo tempo. No entanto, o movimento de retraimento do psiquismo nos leva a pensar que no adoecer do corpo possa ocorrer não só a introjeção de objetos de amor, mas também de traços de objetos desvitalizados ou mesmo “mortos”, estreitando o crescimento do psiquismo e favorecendo a condição de incorporação do próprio objeto em si. Esta incorporação passa a ser compreendida no adoecer somático familiar como consequência de uma introjeção mal elaborada, ou melhor de uma incorporação

do objeto propriamente dito. Ou seja, é nessa passagem que podemos observar o objeto sem representação e sepultado, dificultando a capacidade de elaboração mental dos membros de uma família face ao adoecer propriamente dito. A incorporação de um fantasma se instala como sombra na subjetividade, corroendo os movimentos pulsionais do grupo familiar e colocando em jogo a saúde das relações intersubjetivas.

De modo paradoxal, postulamos que o familiar somatizante poderá conservar no interior de seu corpo parte de um objeto materno, paterno, fraterno ou ancestral, à medida que se alimenta, supondo saciar as suas necessidades básicas afetivas. Neste sentido, compreendemos que o adoecimento somático ou a pluralidade deste numa família é uma tentativa do sujeito ou de alguns deles restaurarem para si a função materna pela doença, re-ligando esta função no grupo. Ressaltamos também que a tentativa de retomada da função materna tem sua origem nos primórdios da relação mãe-bebê, uma vez que esta função tenha comprometido a integração do sistema para-excitante do bebê e perpetuado em seu desenvolvimento. A constituição do aparelho pré-consciente grupal familiar, assim como a do sujeito, fica comprometida à medida que este foi devidamente destituído de sua função de nomear, de significar e de interpretar as necessidades dos sujeitos. Novamente, num sentido paradoxal, o sujeito adoecer para se reconhecer sujeito de um grupo familiar, muitas vezes desvitalizado de investimentos libidinais e de representações, uma vez que a figura materna já tenha deixado de ser um ponto integrante, um elo entre os principais processos do funcionamento psíquico familiar. Também podemos pensar que o sujeito adoecer, a fim de que uma interdição seja estabelecida nas repetições conflituais geracionais, levando o grupo familiar à possibilidade de re-elaborar as situações de trauma e conflito pelo adoecimento (Lisboa e Féres-Carneiro, 2005).

Os produtos resultantes de uma introjeção compreendem a maneira pela qual a fantasia e o fantasma se fizeram representar diante de situações novas, conflituosas e até traumáticas dentro de um grupo familiar. Diferente de fantasia, o fantasma assinala a presença perturbadora do segredo, do não-dito de um outro. Ele se estabelece como sombra, encriptando um legado de representações transgeracionais e intersubjetivas, comprometidas até com os objetos póstumos (Abraham e Torok, 1995). Segundo Torok (1968[1995]), a introjeção póstuma é uma unidade dual que une o sujeito a um de seus genitores falecidos, cuja morte

não tenha sido elaborada. A partir desse princípio, o sujeito, após a morte de um dos pais, procura “curá-los”, tentando compreender ou representar o que os próprios pais não conseguiram entender com a própria doença. Ainda Abraham (1975[1995]) acrescenta que o fantasma não são os falecidos que vêm possuir a subjetividade de um dos membros, mas as lacunas deixadas no sujeito pelos segredos dos outros. Portanto, se um fantasma não está ligado à perda de um objeto, ele não poderia ser o resultado de um luto falho, mas da incorporação de um túmulo em si. Seguindo, o mesmo autor completa “o fantasma que volta a encarnar é o testemunho da existência de um morto enterrado no outro” (p.395). A doença de um órgão, por exemplo, não deixa de ter um sentido se esta for interpretada a partir de uma incorporação de um objeto geracional e estrangeiro a este corpo-sujeito, o que, na verdade, não deixa de ser um objeto estrangeiro da história inconsciente familiar.

O efeito do fantasma pode se estender de uma geração familiar para outra, atenuando progressivamente ou extinguindo-se diante de novas possibilidades de transformação da fantasia e de todo o contexto mítico familiar sustentado pelo fantasma. Desconstruir o fantasma do adoecimento seria uma medida saudável adotada pela família ao lidar com a herança de maneira criativa, como ressaltaram Magalhães e Féres-Carneiro (2004), muitas vezes, determinante da condição de vida de um grupo familiar. Por meio da fantasia, podemos supor que o adoecimento surge para “curar” e redirecionar toda uma dinâmica familiar comprometida. A fantasia tal como ela se apresenta no imaginário familiar não deixa de representar um mecanismo defensivo diante da realização de um desejo que, em algumas ocasiões, pode estar vinculada ao fantasma em herança, deixado à solta no grupo, e capturado por um sujeito mais suscetível de incorporação.

Outro ponto que queremos considerar como um processo do funcionamento psíquico grupal familiar diz respeito à atividade onírica em torno do sujeito adoecido e dos sentidos que a doença pode produzir neste contexto. Se retornarmos a Freud (1900[1969]), sobre sua afirmativa acerca do sonho, veremos que esta atividade é própria e íntima do sonhador e desempenha funções estritamente intrapsíquicas, além de ser prova da organização dinâmica, tópica e econômica do aparelho psíquico individual. No entanto, Kaës (2004) mostra um outro ponto de vista mais pertinente ao nosso propósito ao apresentar um objetivo

desse processo do funcionamento psíquico presente na intersubjetividade familiar. Segundo o mesmo autor,

O sonho exprime também e ao mesmo tempo a organização e o funcionamento do espaço intersubjetivo. Mais ainda: não só esse espaço forma o berço da capacidade de sonhar, como contém também os traços de experiências que não deixaram representações na psique de seus sujeitos constituintes (p. 73).

Também podemos considerar a postulação de Anzieu (1993) estabelecendo um paralelo entre grupo familiar e sonho, uma vez que concebe o grupo como sonho, meio e lugar de realização imaginária dos desejos inconscientes infantis e desperta também sentimentos de ameaça, de castração e de aniquilamento. Assim, completamos com a hipótese de Augoyard-Peeters, trazida por Kaës (2004), quando aquele relata que os sonhos em família são mensagens enviadas aos membros do grupo que não puderam ser elaboradas de outra maneira. Kaës acrescenta que os sonhos trazem os traumas infantis recalçados, os acontecimentos carregados de afetos, os sentimentos de abandono e de violência que durante a atividade onírica são revividos pelo sujeito e compartilhados pelo grupo, com o objetivo de colocar em relevo o desejo de reparação e recuperar o prazer do funcionamento mental. Kaës conclui, ressaltando que “as mensagens oníricas estabelecem assim uma comunicação particular, que remete aos tempos das origens da família, lá onde alguns traços não encontraram até então reformulações comuns e compartilháveis” (p. 82). Desse modo, acrescentamos que o sonho num contexto de investigação clínica familiar tem estreita ligação com o adoecimento quando este está presente no grupo. Os sonhos não só trazem conteúdos representativos em relação ao sujeito doente como há conteúdos místicos na tentativa de realizar, de forma reparadora, a cura como resposta a condição de culpa pela impotência do grupo familiar frente ao adoecimento.

3.3 Transmissão psíquica e intersubjetividade na história geracional familiar e sua relação com o adoecimento do corpo

Diante de todos os processos psíquicos de um grupo familiar elucidados anteriormente, destacamos a transmissão como fundadora da herança genealógica

psíquica, a qual se processa em nível inconsciente e transita livremente no espaço do grupo familiar. A transmissão inconsciente se refere aos objetos psíquicos constituídos pelas diversas modalidades identificatórias, assim como aos processos de constituição destes objetos, além da fantasmática organizadora da representação interna dos vínculos. Segundo Ruiz Correa (2002), não podemos esquecer que em todo vínculo intersubjetivo, o inconsciente se inscreve e se expressa em diversos registros e “idiomas”, o de cada sujeito e o do próprio vínculo.

Ao longo da vida e em particular nos primeiros anos, no momento pré-verbal, o que se transmite é o sentido de diversas experiências, embora estas possam representar uma falta de sentido. Nessa perspectiva, a transmissão concerne ao que fica enigmático, recalcado ou não integrado, passado pela figura maternal para o sujeito. Podemos realizar uma distinção importante a partir dos trabalhos de Bion (1965[2004]), quando se refere à transmissão de objetos transformáveis e não transformáveis, uma vez que os primeiros terão a mesma estrutura de um sintoma ou de um lapso. A estes objetos se opõem os objetos não transformáveis, podendo mostrar seus efeitos nos denominados objetos “brutos”, os que têm como finalidade atacar o aparelho psíquico nas suas dimensões de transformação. Estes objetos ficam enquistados, incorporados e inertes. Poderão ser mobilizados, a partir do contexto da análise das diversas transferências.

Segundo Ruiz Correa (2002, 2000a, 2000b), a temporalidade da transmissão psíquica não é fluida, e ela se conserva pelos traços. Nos modelos de transmissão, traço se opõe a fluido. A memória do afeto e da representação forma um traço, podendo seguir ou não um destino no inconsciente, mantendo-os vivos, sem que o recalque e a consciência do sujeito sejam uma limitação.

É pela história geracional que apresentamos, também, o processo de transmissão psíquica na família, caracterizando-se como um processo fundamentalmente não verbal e que, geralmente, se manifesta através de comportamentos representantes de cenas da vida familiar em relação a um legado (Kaës, 2001). Este legado pode se tornar um entrave e promover conflitos sucessivos, iniciados, muitas vezes, desde a união do casal. A transmissão psíquica deste legado pode encontrar, na intersubjetividade familiar, condição de adoecimento, na medida em que traumas não foram simbolizados devidamente e não possuíram um lugar de expressão. A transmissão se torna o ponto central de

toda atividade psíquica familiar, em que se propagam os legados nos entrelaçamentos intersubjetivos dos membros, havendo dois tipos interligados. Eles se processam pela inter e pela transgeracionalidade. A transmissão psíquica intergeracional compreende a possibilidade de retomada e de transformação de um legado, de conflitos velados, que encontram vias de elaboração pela relação vincular do grupo por meio de um processo de identificação saudável entre os membros. Pela transmissão transgeracional, o legado familiar de conflitos e traumas atravessa as gerações sem deixar espaço, às vezes, para metabolização, enraizando-se como fantasma na genealogia familiar. Porém, isto não quer dizer que na transmissão transgeracional não exista a possibilidade de transformação (Ruiz Correa, 2000a; Magalhães e Féres-Carneiro, 2004), pois postulamos que o adoecer do corpo possa ter um sentido paradoxal no grupo, sendo uma inscrição real e dolorosa no sujeito de um legado negativo e ancestral, e levando-o a denunciar a possibilidade de uma transformação e elaboração da história familiar (Lisboa e Féres-Carneiro, 2005).

Como dissemos anteriormente, a família é o espaço fundamental de circulação da transmissão psíquica. O legado psíquico pode, ou não, ser metabolizado ao longo das gerações, acarretando importante contribuição na constituição do sujeito e nas suas modalidades vinculares. Além de ser o primeiro grupo, a família sustenta a estruturação do psiquismo do sujeito desde a relação mãe-bebê, no espaço da qual circulam fantasias, fantasmas, intensos afetos, movimentos pulsionais, mecanismos de defesa, processos de identificação, pactos e alianças pela atividade fantasmática de todo o espaço consciente, pré-consciente e inconsciente do grupo. A transmissão psíquica não só circula pelas identificações intersubjetivas na família como também acontece por identificações transubjetivas, pois de acordo com Ruiz Correa (2000a), é pela linguagem que a transmissão transcende, mesmo antes dos membros da família nascerem, e é pela escolha conjugal, que se operam estes dois pólos de transmissão, a intersubjetividade e a transubjetividade.

Há na família acontecimentos significativos que são acompanhados pelo processo de transmissão. A escolha conjugal, o nascimento do filho, a relação mãe-bebê, a função paterna como lei simbólica, a relação fraterna, a aquisição da linguagem, os segredos familiares censurados e as mortes podem promover a eclosão de momentos conflitantes não elaborados, levando o grupo a reorganizar a

sua trama vincular. As situações de conflito e trauma no grupo familiar ocorrem pelos vínculos estabelecidos, pois eles têm como função unir, atar os laços libidinais, afetivos e simbióticos formando um tecido e entrelaçando a intersubjetividade das relações por onde passam as identificações e os fantasmas. O tecido vincular do grupo familiar serve para definir o mundo intersubjetivo como diferente do intrasubjetivo, posicionando o sujeito diante da família por duas vias de compreensão, uma pelos aspectos mais inconscientes da relação intrasubjetiva ou intrapsíquica com os outros membros e outra pelos aspectos mais conscientes e pré-conscientes da relação intersubjetiva, configurada pelas alianças e pactos, e por onde se propagam a cultura e os elementos da transmissão. Acreditamos que os contratos, os pactos e as alianças estabelecidos no grupo familiar podem sustentar uma fantasmática vincular comprometida com elementos negativos de uma transmissão geracional e impossibilitados de elaboração, o que pode vir a colaborar para um adoecimento somático.

Muitas patologias emergem diante deste impasse da transformação. A herança simbólica, geralmente, se repete não sendo re-significada a cada encontro conjugal. No entanto, não queremos dizer que herdar uma tradição seja patológico, mas não re-significá-la implica prováveis adoecimentos das relações intersubjetivas familiares e possíveis marcas no corpo do sujeito. É o que podemos considerar quando Kaës (2001) denomina como ‘problema narcísico’ a recusa do Eu a inscrever-se numa herança e numa linhagem no momento do nascimento e no momento da morte dos pais, passando por duas maneiras a sua participação, ou pelo auto-engendramento, desde o tempo das origens, ou fora da história, marcada por feridas somáticas.

Embora não apareça explicitamente em sua obra, Freud (1929[1969]) havia afirmado que a cultura é uma forma de transmissão e o mesmo associa a questão da transmissão psíquica à herança, transferência, repetição, contágio e identificação. Mais tarde, a identificação projetiva ganha estatuto de modalidade central na transmissão psíquica inconsciente e tem como base o mecanismo da repetição. Este processo de transmissão implica um trabalho psíquico que se refere ao sujeito singular e ao grupo, ao qual pertence e donde os vínculos afetivos se constituirão a partir de imagos parentais e de imagos ancestrais internalizadas pela comparação estabelecida entre um filho e um ancestral de um dos pais.

Segundo alguns significados da palavra transmitir é “mandar de uma pessoa para outra”, “deixar passar além”, “comunicar por contágio”, “difundir-se”. Estes significados representam grande parte de suas funções no universo grupal. No grupo familiar, transmitir é atravessar um objeto, uma história particular, os afetos que circunscrevem essa história e os vínculos estabelecidos de uma pessoa para outra ou de uma geração para outra (Ruiz Correa, 2000a). Os discursos parental e social sustentam a transmissão psíquica e permitem-lhe ou a elaboração de um legado ou a configuração do tecido vincular com patologias e perturbações.

Outro ponto que desejamos apresentar acerca do estudo da transmissão psíquica consiste em sua articulação com duas vias de investigação. Por um lado, podemos compreender o processo de transmissão pela via das estruturas psíquicas, ou seja, pela dinâmica do isso, do eu e do supereu, e o outro pela via da cultura, considerando que a transmissão é permeada pelas vicissitudes das pulsões. Esses dois parâmetros de análise colaboram na compreensão do conceito de transmissão psíquica no grupo familiar, pois este último representa um espaço privilegiado onde os laços de contigüidade e identidade se configuram, fundamentando a subjetividade e a alteridade do sujeito que se revelam pela trama psíquica de seus pais e de seus ancestrais.

O debate inaugural sobre a transmissão psíquica se dá no nascimento do sujeito e se consolida na elaboração do complexo de Édipo, mais especificamente com a identificação histórica, como no caso Dora. Ao longo de obra freudiana podemos identificar quatro termos importantes que designam transmissão psíquica. São eles: a transferência, a repetição, acompanhada do recalque, a herança dos pais e as formações do inconsciente propriamente ditas. Podemos, então, compreender que o sujeito tanto é herdeiro como agente transformador daquilo que herda. Porém, por meio da herança arcaica, do processo de recalque, da formação do supereu e da transferência, teremos pontos da transmissão, os traços de herança do sujeito, que serão transmitidos sem que o mesmo os perceba. Para situarmos tal proposição, necessitamos relatar de maneira breve as concepções de transmissão na obra freudiana.

Segundo Kaës (2001), a questão da transmissão psíquica é afirmada pelo termo de hereditariedade nos estudos de Freud sobre a histeria e vai acompanhá-lo até os textos de Análise terminável e interminável de 1937 e de Moisés e o

monoteísmo de 1939. Porém, antes disso, este assunto será tratado com maior ênfase entre 1895 e 1905, quando aprofunda nos estudos sobre a histeria e particularmente apresenta o caso paradigmático de histeria, de Dora. Segundo Ciccone (1999), no caso Dora, Freud fez menção a uma identificação histérica, por meio da qual os sintomas apareciam. Estes, por sua vez, caminhavam articulados aos sintomas sexuais e ligados à dinâmica edípica parental. A identificação de Dora com o pai e com a Sra. K. fazia parte de um engendramento da atividade sexual infantil que retratava o seu sentimento incestuoso recalcado e o efeito da culpa pelo desejo de morte da mãe. No caso Dora (1905[1969]) podemos observar o prenúncio de uma transmissão pela via da estrutura psíquica da histeria, o que nos leva a pensá-la como um meio de propagação de conflitos pela via geracional intrapsíquica. No entanto, acreditamos que, em casos de adoecimento somático de um membro familiar, as identificações seriam operadas pela transmissão interpsíquica com um diferencial básico do operado pelas identificações no sintoma histérico. Ambas as identificações estariam ligadas a um desejo inconsciente, o da morte do corpo, por exemplo, porém a identificação no somatizante operaria na tentativa de recuperar o objeto amoroso maternal, por meio dos movimentos simultâneos de projeção e de introjeção do objeto ou parte do objeto. Na verdade, podemos entender que há um movimento ambivalente no adoecer somático, um compreende o desejo do sujeito de retornar ao corpo materno e o outro de separar-se dele.

Na Interpretação dos sonhos (1900[1969]), Freud já anunciava uma outra via de transmissão, a da transmissão inconsciente por identificação com o objeto ou com a fantasia do desejo do outro. Ele sustenta a hipótese de transmissão nos casos de histeria, pela imitação, pelo contágio psíquico entre os sujeitos e pelas modalidades intrapsíquicas da transmissão dos pensamentos no sonho.

Em Totem e Tabu (1913[1969]), Freud revela outra via de interpretação do processo de transmissão psíquica, a da transmissão de geração em geração, narrando sobre uma herança arcaica recebida pelo homem através do tabu do incesto, da culpa e do crime contra o pai, advindos da horda primeva. Ele compreende uma transmissão mais ampla, sob a forma de traços de memória relacionados com as gerações anteriores. É pelo significado dado ao Totem que encontramos sua função principal na constituição do sujeito, a de proibição dirigida contra os desejos incestuosos e contra o desejo de morte do pai. A

herança é desde sempre transmitida e os seus vestígios remanescentes pairam desde o nascimento do sujeito até a sua morte.

A transmissão ganha sentido de herança em *Sobre o narcisismo* – uma introdução (1913[1969]), quando Freud levanta um ponto crucial no processo de subjetivação do sujeito, a partir do lugar que este assume no imaginário de seus pais. O investimento narcísico dos pais para com os filhos nada mais é do que a atualização dos desejos destes pais. Portanto, o lugar deste filho é, antes de tudo, o lugar que ele ocupa no desejo de seus pais.

Em *Psicologia das massas e análise do eu* (1921[1969]), Freud apresenta outro mecanismo existente nos laços sociais que chamou de processo de identificação, já comentado anteriormente. Este processo permitirá o desfecho do complexo de Édipo, à medida que o sujeito busque identificar-se com um outro, baseado na escolha do objeto amoroso e na figura dos pais. A transmissão geracional de uma história familiar será largamente influenciada pelo processo mencionado. A escolha identificatória poderá assumir características hostis e negativas do conflito edípico vivido anteriormente. Já em *o Eu e o Isso* (1923[1969]), Freud relançou sobre bases complementares diferentes a questão da identificação, do Eu e do supereu no que diz respeito ao modo de transmissão e seus desafios. Ele comenta que possuímos um eu com fragmentos de muitos outros Eus, o que poderíamos entender como traços identificatórios de uma herança adquirida e introjetada ao longo das gerações. O que realizamos de maneira inconsciente para formarmos o nosso eu seria uma composição por identificação do que construímos a partir dos Eus anteriores que atravessariam as gerações por repetição de seus traços. Assim, podemos pensar que o adoecer na família pode configurar-se a partir de identificações dos membros adoecidos com heranças parentais ou ancestrais não elaboradas que são incorporadas à medida que eles mesmos se sujeitam, numa cumplicidade inconsciente, entre seus desejos inconscientes e aos dos outros.

Como dissemos anteriormente, existem quatro territórios de pesquisa sobre a transmissão na obra de Freud. Eles acontecem pela via da transmissão intrapsíquica, da transmissão intersubjetiva, da transmissão transpsíquica e pela formação do Eu (Kaës, 2001). Todos estes processos são observáveis pela clínica da neurose e pouco explorados nas psicoses e perversões. Desse modo, este trabalho vem colaborar com outros estudos sobre a transmissão psíquica no

adoecer somático familiar, sugerindo pensar nas possíveis associações entre tipos de dinâmicas familiares com o adoecimento do corpo.

Na transmissão intrapsíquica, o importante é saber o que se transmite e o que se transfere e qual a intensidade e representação desse processo. O livro sobre a Interpretação dos sonhos (1900[1969]) é referência dessa questão. Na transmissão intersubjetiva, Freud introduz uma distinção entre a realidade intrapsíquica e a realidade intersubjetiva, cuja interpretação é dada pelas localizações correlativas dos sujeitos em suas relações imaginárias, simbólicas e reais. Kaës (2001) traz como o primeiro espaço intersubjetivo do sujeito a família. Nesse segundo modo de transmissão psíquica, Kaës explorará os espaços e os vínculos familiares, como fases de transmissão psíquica. A transmissão transpsíquica supõe a abolição dos limites e do espaço subjetivos, pois o que se transmite entre os sujeitos não é da mesma ordem do que se transmite através deles e, finalmente, a formação do Eu compreende uma instância psíquica de posição intermediária nos processos e nas funções da transmissão.

Kaës (2001) ainda destaca a transmissão intersubjetiva em seus estudos por esta encontrar no grupo familiar o primeiro espaço aonde o sujeito vai configurando a sua identidade. O grupo familiar compreende um espaço onde referências afetivas, identitárias e de pertença são tecidas, além de implicar um espaço onde o sujeito investe duplamente no objeto, no outro e no grupo, utilizando-se de seu discurso na condição de sujeito e sujeito do discurso familiar e cultural ao qual pertence. A tese principal de Kaës está na organização e formação de um aparelho psíquico grupal, a partir do momento que uma rede de identificações começa a mobilizar o imaginário do grupo. Portanto, ele considera o grupo familiar como o lugar da emergência e da transformação das relações de identidade e de alteridade e também como espaço privilegiado para as transmissões psíquica e cultural. E ainda é nesse espaço que as falhas no processo de elaboração da herança podem esboçar diversas patologias intrapsíquicas e intersubjetivas, como já mencionamos o adoecimento do corpo.

Retornando a um ponto citado anteriormente, o tecido vincular do grupo familiar serve para definir o mundo intersubjetivo como diferente do intrasubjetivo, posicionando o sujeito diante do grupo. Os contratos, os pactos e as alianças estabelecidos consciente e inconscientemente no grupo familiar garantem a organização da fantasmática vincular. Na organização fantasmática, segundo

Ruiz Correa (2001), as filiações e os vínculos intragrúpicos serão fundados pelos processos de identificação projetiva, na qual a herança familiar se constituirá com o legado recebido pelas gerações. A herança mais distante nos remete a lacunas e vazios nas gerações posteriores, onde o não-dito, o irrepresentável não encontrou espaço para a simbolização, mas também poderá ser transferida, não como um legado repetitivo e impossível de ser transformado, mas com possibilidades de reatualização a cada nova geração. As circunstâncias do nascimento do bebê, as relações do bebê e seu meio, as relações da mãe com o seu bebê, a apresentação da função paterna pela mãe, a construção da linguagem, que permite configurar uma rede de significantes das palavras e acontecimentos, podem vir marcados por um conteúdo traumático e negativo das gerações anteriores.

Os segredos de família, ancorados pelo pacto denegativo de Kaës (2001, 2000), estão relacionados com o negativo estabelecido nos laços intersubjetivos nas suas várias formas, e promoveria o negativo lançado pelos ancestrais, dificultando e até encriptando as possibilidades de transformação do legado nas gerações atuais. Como exemplo, citamos novamente o “contrato narcisista” de Aulagnier (1975), como um acordo inconsciente entre o grupo familiar e a criança. A criança desde sua vinda ao mundo, é requisitada a repetir os enunciados dos ancestrais garantindo a continuidade geracional e da identidade familiar. Isto significa que deverá compartilhar enunciados dos ancestrais assegurando a continuidade das gerações e as particularidades familiares, além de compartilhar enunciados históricos familiares, colocando em sacrifício a integridade psíquica e até somática, já que poderão mostrar uma incompatibilidade de seus desejos e de suas imagens internalizados com os desejos e com o imaginário do grupo familiar. Segundo a mesma autora, a criança desde sua concepção é precedida por um ideal maternal antecessor de um discurso e de lugares. O lugar a ser ocupado pela criança é antecipado, a partir de um discurso familiar, da “sombra falada” e dos sonhos parentais. Da mesma forma, o pacto denegativo de Kaës (2001, 2000) faz referência a um acordo inconsciente dos aspectos que, dentro do vínculo, devem ser rejeitados ou apagados, condenados ao recalque ou a negação, constituindo tudo o que pode sustentar a formação ou a manutenção dos vínculos do casal e da família. O pacto trata das renúncias a realizar para poder contar com espaços psíquicos comuns e a denegação tem uma dupla função tanto defensiva quanto

organizadora do vínculo. O pacto denegativo seria um complemento e ao mesmo tempo uma contrapartida do contrato narcisista explicitado por Aulagnier (1975).

Dessa forma, para Ruiz Correa (2002), cada sujeito retoma o discurso do “mito fundador” do grupo, incluindo os ideais e valores de cada cultura familiar de forma ampla e social. Por outro lado, Ruffiot (1989) ressalta que o mito compreende uma representação e projeção do imaginário familiar, como uma tentativa de explicação, de interpretação e de simbolização do real, significando um aspecto do funcionamento e estruturação do grupo. Neste sentido podemos situar a história familiar também como mito, destacando sua característica e dimensão geracionais que incidem no adoecimento de um corpo.

Observamos em nossos estudos que o adoecimento do corpo compreende uma materialização do fantasma passado pelos diversos modos de transmissão familiar, quando um determinado membro da família for eleito ou elege alguém como catalisador dos conflitos. O sujeito submete-se a uma condição de depositário do conteúdo traumático não elaborado por outros membros da família parental ou ancestral. Contudo, podemos pensar de outra maneira quando o sujeito adoecido também pode não responder ao lugar convocado e idealizado pela família, barrando com a doença toda uma história de repetições patológicas, reconstruindo na transferência as outras possibilidades de representações psíquicas desta história. A interdição por meio da doença seria concebida como o começo de uma reelaboração da história familiar, o que nos leva a entender o adoecimento não como um ganho secundário, mas como um recurso último para a recuperação dos laços afetivos (Lisboa e Féres-Carneiro, 2005).

A qualidade da intersubjetividade familiar na transmissão psíquica poderá determinar a saúde dos relacionamentos entre os membros da família. Segundo Anzieu (1993) os relacionamentos entre os membros familiares são demarcados por fronteiras inconscientes, na sua maior parte. Essas fronteiras servem para proteger as diferenças subjetivas entre os membros, daí a existência de uma membrana psíquica, cujo funcionamento interno possui uma dinâmica de projeções das fantasias, das imagos e dos sub-sistemas tópicos, levando o grupo familiar a possuir características particulares.

Novamente, elucidando a questão edipiana na transmissão psíquica, referimo-nos a um modo particular da triangulação ao considerar o lugar do pai internalizado como autoridade e representante da lei simbólica no imaginário

familiar, cuja função implicaria em interditar as repetições patológicas geracionais, recriando-as. Compreendemos também que, pela dinâmica edipiana, a escolha conjugal poderá ser realizada a partir de identificações conflituosas transgeracionais com a repetição de objetos adoecidos que se inscrevem no corpo e não são percebidos e muito menos re-significados pelos sujeitos. Na escolha conjugal, quando um dos cônjuges somatiza ou os dois adoecem alternadamente, postulamos que essa condição implica uma identificação com um objeto doente seguido de incorporação e que é projetado ao mesmo tempo no outro. Compreendemos que este objeto doente origina-se de traços geracionais ancestrais ou parentais, procurando na geração atual uma forma de representação. Eiguer (1995) conceitua este objeto, de representações transgeracionais, uma vez que estas representações são inconscientes e implicam a possibilidade de transformação do sujeito e do casal na geração atual. A possibilidade de transformação está ligada às representações ancestrais e aos vínculos objetivos e tem o mito como uma fantasia consciente sobre as histórias e lendas, sustentando uma crença coletiva em relação ao ancestral. No entanto, a capacidade de transformação estará associada à maneira com a qual o casal articula as pulsões, compreendendo o meu, o seu e o nosso, nomeando aquilo que permanece nas interseções da conjugalidade. Os objetos transgeracionais, tal como a origem da família, pertencem ao mundo inconsciente e se organizam a partir da escolha conjugal.

As representações transgeracionais possuem uma função estruturante para a família, e da mesma forma podem, em outros momentos, originar dificuldades e conflitos. Estes emergem diante da formação da família nuclear que carrega, em sua história, a história da família ampliada e ancestral. Os desentendimentos e as rivalidades se acirram tendo como condutor a transferência, muitas vezes vinculada a um objeto ancestral significativo.

Acrescentamos uma outra questão na relação entre transmissão psíquica e o adoecimento do corpo. Lacan (2002) apresenta dois outros complexos que compõem a estrutura familiar, além do Édipo instituído por Freud, e que favorecem a transmissão psíquica. O primeiro, o complexo do desmame, fixa no psiquismo a relação de alimentação. Este funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família. O segundo é o complexo de intrusão, que ocorre quando o sujeito se reconhece num Outro como objeto, o

nascimento de um irmão, por exemplo. Isto quer dizer que, no reconhecimento de um Outro, o sujeito percebe a diferenciação de si mesmo, encontrando o seu espaço pessoal e a sua própria identidade. Neste sentido, a família possui como uma das funções, nesse processo, o exercício da tolerância das diferenças subjetivas de seus membros e a transmissão da cultura. Portanto, não é só no processo de triangulação edipiana, que podem ocorrer os conflitos familiares e a transmissão psíquica. O adoecimento somático na família também pode surgir a partir de uma compreensão do que ficou de resto na relação entre os pais e o nascimento de filhos. As expectativas depositadas consciente e inconscientemente num membro, no caso uma criança, poderá dificultar o engendramento de sua subjetividade, pois ao ser comparada a uma personagem fantasmática ancestral poderá assumir funções e papéis de outro membro. Ainda quando o sujeito se reconhece num outro como objeto de desejo, nem sempre este reconhecimento trará ao sujeito o diferenciar-se do outro e o reconhecimento de si e de sua própria história. O lugar da família neste caso sempre será o de continente gerenciador assegurando as pluraridades subjetivas.

Diante dessas postulações, partimos para a apresentação de um estudo de caso de um grupo familiar, a fim de que a articulação proposta na teoria possa ser ilustrada.

4

Estudo de caso da relação da transmissão psíquica e da intersubjetividade familiares no adoecimento do corpo

“La période de maladie est l’occasion inespérée
de vivre (de toute la famille),
la maladie étant la plus belle lutte pour la vie.
C’est la vie et non la mort.
Ce n’est pas la mort débordant la vie,
c’est la vie que se prémunit de la mort”¹

G. Briche

Apresentamos neste capítulo um estudo de caso com uma família, apontando algumas das principais questões envolvidas na relação da história e da intersubjetividade familiares com o adoecimento do corpo. Sem caracterizar este trabalho como um estudo extenso de caso clínico de família, vamos lançar mão de entrevistas realizadas com uma família, no contexto de uma pesquisa mais ampla, a fim de ilustrar as postulações teóricas formuladas nesta dissertação.

4.1 Contexto da pesquisa

Este trabalho nasceu de pesquisas e estudos clínicos realizados desde 1999 com famílias no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora e de atendimentos clínicos particulares em consultório.

Despertamos para o assunto desde a monografia de conclusão de curso ao escrever sobre o lugar da família no sintoma da criança, um estudo a partir de atendimentos clínicos realizados no CPA, com crianças que apresentavam crises

¹ O período da doença é a ocasião inesperada de viver (de toda a família), a doença sendo a mais bela luta pela vida. É a vida e não a morte. Não é a morte excedendo a vida, é a vida que se precavê contra a morte.

de asma, encoprese e enurese noturna. Já percebíamos a existência de uma relação do adoecimento com uma dinâmica familiar conflituosa ao receber pacientes encaminhados de postos de saúde e do hospital universitário para tratamento psicológico de suas doenças de crise, quando os médicos tinham esgotado todo o tipo de recurso clínico e farmacológico. Acreditávamos na incompletude do acompanhamento psicológico ao atender somente o sujeito sem a participação da família em tal tratamento.

Em alguns casos, durante o atendimento clínico, havia um agravamento do quadro, como observamos no caso de diabetes de um adolescente, cujos pais estavam em processo de separação e tinham uma história de violência na relação conjugal. Em outro caso, uma paciente chegou a somatizar inúmeras feridas em suas costas quando relatava sobre seu casamento fracassado e pedido de separação do marido. Fomos testemunha de uma formação de câncer de próstata de um homem, sem antecedentes da doença, após seis meses do falecimento de sua esposa, vítima de acidente de carro e câncer no intestino. Nos casos de câncer de mama, observamos algumas particularidades comuns nas histórias familiares, como casamento com um marido alcoolista, perda de um dos genitores na tenra infância e conflitos fraternos. Observamos uma estreita relação da história familiar de pacientes somatizantes com algum tipo de perda (Cunha e Lisboa, 1999). Hoje, conhecemos casos de mulheres com câncer de mama, cujo cônjuge as abandonou após o diagnóstico da doença. Em casos graves de doença como o câncer e a aids, algumas pacientes relatavam uma reaproximação de seus familiares, apesar de uma convivência conturbada. Diante desse quadro, percebemos o corpo falando por meio de seus órgãos e funcionamento, a fim de expressar um sofrimento psíquico não só do sujeito, mas também familiar.

Ao apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso para a banca do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora em 1999, a Professora Doutora Maria Stella Tavares Filgueiras, tendo sido relatora do trabalho para o departamento de Psicologia, apresentou uma proposta para que, juntamente com alunos bolsistas da graduação, investigássemos em sua pesquisa a relação do adoecer de mulheres com câncer de mama e com história familiar da doença. A partir deste trabalho e do curso de mestrado, nossas observações ganharam uma sistematização e fundamentação teóricas, culminando, assim, nesta dissertação.

Hoje continuamos com a pesquisa no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, avançando nos pressupostos teórico-clínicos em relação ao adoecimento de câncer de mama e à história familiar, e também com os atendimentos aos casais e famílias com um ou mais de um membro somatizante em consultório particular.

4.2 Sujeitos e procedimentos da pesquisa

A família foi selecionada para esta pesquisa por meio de um convite feito à mulher adoecida de câncer de mama, participante do Projeto “*De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama*” (Cunha, 1998), realizado no ambulatório de mastologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Trata-se de uma família poli-somatizante com alguns casos crônicos de doenças, como o diabetes e a hipertensão, e graves, como o câncer, sem que estas doenças fossem prioridades como objetos de estudo. Selecionamos esta família por apresentar uma pluraridade de somatizações de seus membros com diabetes, aids, hipertensão e diferentes tipos de câncer.

Esta família foi escolhida a partir de relatos de uma das pacientes do grupo de apoio interdisciplinar (GAI). A história de Aurora² nos chamou a atenção por sua família possuir vários membros adoecidos de diferentes tipos e estados, uns com doença grave, outros com doença crônica e de crise. Numa primeira entrevista realizada com a paciente confeccionamos um heredograma – mapa genográfico das doenças e do grau de parentesco - a fim de posicionarmos as doenças principais e a extensão dos membros da família (Anexo II e III).

A família Soares é de classe média baixa e oriunda do meio rural. As quatro gerações compareceram às entrevistas realizadas no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora. Os Soares são uma família extensa com muitos membros, como observamos nos heredogramas (Anexo II e III). Chamaremos de Aurora a filha caçula com 48 anos (quarenta e oito), de Antônio pai de Aurora, com 84 anos (oitenta e quatro), Inês, a filha mais velha com 62 anos (sessenta e dois), Tereza, terceira esposa de Antonio com 67 (sessenta e sete) e Bruno, neto de Aurora, bisneto de Antonio com 7 anos (sete).

² Todos os nomes apresentados são fictícios e essa pesquisa foi realizada com base no consentimento informado e assinado pela família e reconhecido pela Comissão de ética da UFJF.

Ressaltamos que os nomes de Aurora e de seu irmão, falecido recentemente em consequência da aids, são de santos que tiveram suas vidas sacrificadas em benefício dos outros. Os nomes foram dados pela mãe e pelo pai respectivamente. O nome de Aurora, particularmente, vem de um santo homem cuja história está bem próxima do sentido de sua relação com a família. Este santo confundia os soldados romanos ao apanhar comida para os pobres. Ele escondia em panelas os restos de alimentos e tampava-os com flores por cima para que ninguém pudesse desconfiar. O nome de Aurora foi escolhido por causa de uma promessa da mãe sem o conhecimento de ninguém, nem mesmo de Seu Antonio, sobre a história da promessa. Os outros filhos de Seu Antonio receberam o nome a partir de sua “intuição” e de nomes de antigas namoradas.

As entrevistas com a família Soares foram gravadas e transcritas com base em um roteiro (Anexo I). Deixamos à disposição do grupo o material para confecção do genograma a ser construído pelos membros durante os encontros. Contamos com a participação de uma aluna-bolsista da graduação de Psicologia como observadora. Realizamos anteriormente um estudo piloto com uma família, a fim de que o genograma e as questões envolvidas neste estudo fossem adaptados e melhorados às condições de investigação desta pesquisa. Não anexamos o genograma da família na pesquisa, apenas trazemos alguns dados relevantes.

Utilizamos o genograma por ser este um recurso projetivo que facilitou a investigação da fantasmática e da problemática inter e transgeracionais da família (Cervený, 1994; Eiguer, 1995; Freitas, 1999; Granjon, 2000; Pereira, 2002; Ruiz Correa, 2000a). O genograma é uma técnica que possibilita investigar a problemática familiar transgeracional. Este recurso compreende um desenho projetivo e tem por finalidade expor o corpo familiar em sua armação genealógica e as representações simbolizadas no mapeamento durante as sessões de entrevista. Por meio deste pudemos compreender o mito fundador da família, o fantasma circulante na intersubjetividade geracional atual, as histórias repetidas e os acontecimentos significativos.

Conduzimos as entrevistas a partir de um roteiro elaborado com temas que abrangeram tanto a história da família como a intersubjetividade do grupo. As perguntas foram semi-estruturadas com base nos seguintes temas: acontecimentos marcantes e traumáticos, datas importantes, mortes significativas, doenças graves, crônicas e de crise, circunstâncias dos nascimentos dos filhos e da escolha

conjugal, escolha de nomes significativos, identificações parentais e ancestrais, sonhos, histórias e mitos repetidos pelas gerações, aspectos culturais do adoecimento, concepção de corpo e de doença pelo grupo familiar e o sentido do adoecimento dado pelo grupo pela transferência estabelecida com os entrevistadores. O tempo de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 1 hora e 15 minutos.

4.3 Análise e discussão dos dados

Com base nos estudos teóricos elucidados sobre os temas *história familiar*, *transmissão psíquica*, *intersubjetividade* e *adoecimento do corpo* surgiram algumas categorias de análise pelos dados coletados nas entrevistas. Nesta pesquisa, reafirmamos que o tema *história familiar* refere-se à transmissão psíquica inter e transgeracional dos fantasmas, dos legados negativos e das histórias repetitivas e não elaboradas, e o tema acerca da *intersubjetividade familiar* abarca os aspectos da dinâmica interpsíquica do grupo familiar como os mecanismos de defesa, as identificações, as projeções, as introjeções, a fantasia, a atividade onírica e o imaginário do grupo sobre corpo e doença. A interfantasmática e os investimentos libidinais da família também foram analisados em todos os momentos das entrevistas. Os temas analisados foram articulados com o adoecimento somático e geraram outras novas categorias de análise, como as culturais. No entanto, selecionamos, de acordo com os objetivos desta pesquisa, os temas mais evidentes sob o ponto de vista clínico.

A análise da pesquisa foi realizada a partir de um estudo qualitativo dos dados coletados nas entrevistas, relacionando as temáticas principais, história e intersubjetividade do grupo familiar com o adoecimento do corpo. Chamaremos de categorias de análise aqueles temas, cuja relevância nos permite postular questões acerca do adoecimento do corpo no grupo familiar, numa combinação de informações diretas, indiretas e veladas no discurso dos membros e entre os membros, pois associamos todos os dados observados possíveis ao momento interpretativo da pesquisa. Segundo González Rey (2002) as categorias ou indicadores têm como objetivo a explicação e a análise dos dados e são

facilitadoras da compreensão dos processos característicos de uma pesquisa subjetiva.

Na história e na intersubjetividade familiares e sua relação com o adoecimento do corpo, as categorias de análise que emergiram dos discursos dos membros foram: acontecimentos marcantes e traumáticos na família, histórias-mito sobre acontecimentos inesperados e traumáticos seguidos de doença e morte, a transmissão do adoecimento como fantasma geracional, a relação da função materna com os adoecimentos simultâneos na família, a fantasia do grupo sobre o adoecimento, a relação do imaginário do corpo com o adoecimento, o mecanismo de defesa do grupo familiar frente ao adoecimento, a identificação pelos membros com o legado geracional do adoecer somático, a atividade onírica e sua relação com o adoecimento do corpo e o sentido deste no grupo familiar.

As descrições dos momentos anteriores e posteriores às entrevistas apontam dados relevantes para a análise e discussão dos mesmos. Estas observações foram anotadas durante e após o término de cada entrevista.

Quando solicitamos a participação de toda família Soares na pesquisa, observamos uma resistência e constrangimento de Aurora por imaginar que algum comentário das entrevistas individuais realizadas com ela na pesquisa do risco psicossomático fosse feito diante da família. Novamente, tivemos que garantir o sigilo das entrevistas anteriores e explicar o propósito do atendimento familiar. Mesmo assim, Autora se excluía do grupo de modo desconfiado e ansioso. No decorrer das entrevistas, as suas tensões cediam, embora chegasse sempre atrasada, num movimento ambivalente, ora de estar junto ora de separar-se, evitando uma aproximação com os outros membros de sua família.

Aos poucos a família Soares foi chegando aos nossos encontros. Na primeira entrevista tivemos a participação de Seu Antonio, de Aurora e de Inês. Na segunda houve a participação de Tereza e na terceira a presença de Bruno. Nos primeiros momentos da entrevista, Autora expressava-se de maneira desconfiada diante das colocações do pai e da irmã ao relatarem as suas histórias. Percebemos momentos de tensão no grupo, traduzidos pelos risos excessivos de Inês. Aurora olhava desconfiada para os pesquisadores como se fôssemos “delatar” algo das entrevistas anteriores. No entanto, quando esclarecemos mais uma vez sobre o sigilo diante do grupo, assegurando o compromisso ético da pesquisa, sua tensão cedeu. As sucessivas tensões de Aurora destoavam das tensões de outros membros

do grupo. Entendíamos sua angústia revelada pelos seus olhares desconfiados e pela sudorese excessiva como alerta aos sentimentos mais arcaicos e latentes, retornando no “estar junto” da família. Tivemos algumas dificuldades para compreender os relatos de Seu Antonio, pois se dispersava das perguntas realizadas. Inês apresentou-se ansiosa nos primeiros momentos da entrevista e em outros momentos tomava a iniciativa de responder as perguntas dirigidas a todos. Nos primeiros relatos de Seu Antonio, Aurora fitava o pai com carinho num gesto de admiração. Ao mesmo tempo em que o olhava, colocava a sua mão dentro da blusa sobre o seio adoecido. Sua irmã Inês quase não olhava para os pesquisadores e ria o tempo todo entre os relatos de um e de outro, num misto de angústia, medo e nervosismo. Aurora irritava-se com ela e a olhava com desdém.

A família Soares é de origem rural e tiveram poucos recursos durante a vida. Todos os membros usavam dentadura, dificultando, às vezes, a nossa compreensão em relação à pronúncia. Ao oferecer o recurso do desenho, percebemos um empobrecimento e uma dificuldade de representação de suas histórias. Este empobrecimento da família diante do recurso projetivo foi justificado por eles pela falta de costume e de possuírem pouco grau de instrução. Eles optaram por narrar sobre a genealogia e seguiram com as entrevistas, realizando associações de idéias e apresentando dados significativos sobre acontecimentos.

Seu Antonio não se intimidou com o material e seguiu adiante no relato. Os outros membros não se importaram com o material e ouviam o Seu Antonio narrando a sua história sem embaraços. Mesmo a família não tendo optado por desenhar, o material ficou à disposição durante todos os encontros. Depois da entrevista, levamos a família para conhecer o CPA da UFJF e tentamos proporcionar momentos de descontração, acolhimento e confiança, já que tínhamos observado uma grande tensão durante a primeira entrevista.

No segundo encontro, tivemos a presença de Tereza, companheira a 5 anos de Antonio. Neste dia, Seu Antonio estava mais ansioso, entretanto pôde simbolizar as suas tensões, à medida que contava os “causos” de sua vida. Novamente Aurora chegara atrasada. Deixamos à disposição a cartolina e os lápis para que, a qualquer momento, a família pudesse desenhar a sua árvore genealógica. A presença de Tereza deu ao grupo maior esclarecimento às perguntas com sua função intermediadora e tradutora das idéias e sentimento do

grupo, uma vez que percebemos, em alguns momentos, dificuldades de expressão dos membros e de compreensão entre os membros. Tereza representa para o grupo a mãe com uma função de maternagem e continente, após dois casamentos de Seu Antonio com mulheres adoecidas, o que solicitava da família cuidados constantes. Tereza definiu bem o seu papel no grupo e contribuiu de maneira enriquecedora com a sua história. Essa ‘âncora’ permitiu maior espontaneidade ao grupo, principalmente, à Aurora.

Ressaltamos um momento importante ao final da penúltima entrevista. Percebemos uma grande comoção no grupo ao lembrarem acontecimentos do passado, além do sentido dado por Inês sobre a falta que sentiria dos nossos encontros. Entendemos esta falta como uma falta da função materna, denunciada pelo grupo e transferida para as figuras dos pesquisadores. A família reagiu, tecendo os comentários nos seguintes trechos-diálogo:

“...eu fiquei assim, assim também, eu começava recordar muita coisa do meu casamento, aquelas coisas...” (Tereza)

“...é muita emoção!” (Antonio)

“...é pior que a gente acostuma.” (Inês)

“...a gente fica lembrando do passado que aconteceu com a gente e... o presente agora não é dizer não.” (Antonio)

“...agora você tá vendo que todo mundo é de falar e não de escrever?” (Aurora)

Em nosso último encontro recebemos também o neto de Aurora, bisneto de Seu Antonio. Bruno chegou e conduziu naturalmente a sua família ao desenho. Ele, Tereza e Inês pegaram a cartolina e desenharam cada um a sua árvore. Inês desenhou a “árvore dos vivos”, pois já tinha chamado a família de “família de mortos”. Muitas mortes ocorreram na família Soares chegando até a geração de filhos e sobrinhos de Inês e Aurora como vemos nos heredogramas (Anexo II e III). Embora tenha falado da “árvore dos vivos”, Inês colocou no genograma o irmão falecido e excluiu a irmã morta aos três anos de idade. Tereza desenhou uma árvore de natal por estarmos na época. De início acreditamos numa expressão lúdica de Tereza. No entanto, mais adiante relatara como o natal a fazia lembrar dos pais e de todos os parentes falecidos, além do tempo de seu primeiro

casamento e de suas filhas pequenas. Bruno desenhou a sua árvore sem colocar ninguém e sem uma forma definida. Seu Antonio e Aurora não participaram e não teceram nenhum comentário durante a confecção do desenho realizada pelos outros membros da família.

A rivalidade entre as irmãs foi despertada no último encontro e Seu Antonio ficou muito mais calado e reflexivo. Um dos momentos mais marcantes das entrevistas foi o relato de Seu Antonio a respeito de sua filha falecida aos 3 (três) anos de idade em consequência da coqueluche. Este relato mobilizou todos os membros e um grande silêncio pairou pela sala. A morte fazia parte da história desta família de modo significativo, e um morto, esquecido por muito tempo, estava sendo ressuscitado na memória do grupo.

Como já dissemos no início do capítulo, nossa pesquisa possui dois temas, a história e a intersubjetividade familiares articulados com o adoecimento somático. Apresentamos estas articulações a partir das categorias de análise surgidas no discurso familiar e ilustradas com os trechos-diálogo, a seguir:

Acontecimentos marcantes e traumáticos na família

Esta categoria se refere aos acontecimentos percebidos pelo grupo como traumáticos e significativos, e que foram associados pela família com o adoecimento do corpo de alguns membros. Os acontecimentos significativos traumáticos numa família compreendem uma forma de transmissão psíquica transgeracional de um legado negativo e não elaborado. O luto não elaborado de uma perda significativa pode colaborar com um futuro adoecimento do corpo. Assim, observamos nestes trechos:

“...porque o meu pai morreu novo, em 1940 com 42 anos (quarenta e dois). Ele morreu muito novo. Foi um caso muito certo. Na época eu tava com 21 anos (vinte e um). Eu tava com 21 anos (vinte e um) quando ele morreu e eu tava até casado. Eu não tinha 21 anos (vinte e um), aí eu casei. Aí, e casei em 40 (quarenta) e ele morreu em 41 (quarenta e um). ...é... eu creio que pra mim o que mais marcou foi a mãe e o pai, porque tava acostumado e coisa com aquele tudo.” (Antonio)

“...com três anos de casada o marido morreu de acidente. ...já tinha morrido os três filhos que eu tive. ...eu perdi uma de 5 mês, depois a

menina mais velha morreu com 2 anos (dois). O que eu comecei em 58 (cinquenta e oito), em 61 (sessenta e um) foi um atrás do outro assim. ...Eu casei em 58 (cinquenta e oito), 59 (cinquenta e nove) a minha primeira filha nasceu, em 60 (sessenta) o segundo nasceu, morreu, morreu os dois filhos. Depois eu tive um de 5 mês (cinco) e quando foi em dezembro ... ela morreu. ...o terceiro filho nasceu morto, que foi uma menina, que eu tirei, sabe? Eu tava lá com aquela coisa com filho doente, aí eu virei e achei que não tava no momento, aí eu tirei a criança. ...Depois eu arrumei outro companheiro. Ele, também, eu tive 3 (três), um só escapou. De 6 (seis) filhos só um escapou.” (Inês)

“Assim... o que marcou foi o que... a morte da mãe... depois marcou o...” (Aurora)

“...a morte do meu irmão, porque ele era o caçula dos irmão. Essa marcou.” (Inês)

“...e a minha avó, a mãe do pai...” (Aurora)

“...nós era muito agarrada, nós era muito agarrada com ela.” (Inês)

Os acontecimentos marcantes envolviam mortes de pessoas muito próximas como genitores, filhos e cônjuges. As histórias acerca das mortes eram circunscritas por doenças inexplicáveis e pela falta de recurso na época para o tratamento das mesmas. A partir deste discurso e das teorizações acerca da transmissão psíquica, consideramos que a transmissão psíquica transgeracional de perdas não elaboradas pode atravessar gerações sem que haja possibilidade de elaboração, enraizando-se como fantasma na genealogia familiar e conseqüente inscrição no corpo, além de acarretar importante contribuição na constituição do sujeito e nas suas modalidades vinculares. Esta reação vem corroborar com as postulações de Ruiz Correa (2000a) quando ressalta que os acontecimentos significativos na família são acompanhados pelo processo de transmissão e vão incidir sobre o tecido vincular, formado pelo grupo familiar, para definir o mundo intersubjetivo. Acreditamos que perdas traumáticas, não elaboradas, podem configurar uma fantasmática vincular comprometida com elementos negativos, possibilitando uma somatização futura.

Se ainda os Soares sentem as perdas de seus entes queridos, os prováveis adoecimentos somáticos podem compreender um reflexo destas perdas, promovendo um impasse entre a repetição e a transformação de sua história. Desta maneira, o Eu familiar constitui um ‘problema narcísico’ (Kaës 2001), ao recusar-

se inscrever numa herança, tentando permanecer fora da história. Assim, podemos postular que os Soares estagnaram em seus sofrimentos e fizeram das mortes a sua história e um modo de sustentação de seus vínculos.

Histórias-mito sobre acontecimentos inesperados e traumáticos seguidos de doença e morte

Um fato nos chamou a atenção quando os Soares comentaram sobre acontecimentos antecidos de doença e morte de alguns parentes e do cônjuge de Inês, especialmente. Esses membros gozavam de boa saúde e vieram a falecer após acontecimentos inesperados. Observamos que estes acontecimentos marcaram alguns membros pelo mito do “acontecimento-morte”. A partir desta observação, consideramos esta categoria como “histórias-mito”, repetidas durante as gerações dos Soares e transmitidas para as gerações posteriores. Percebemos uma questão nestas repetições a respeito da herança de um legado negativo. Isto aparece no seguinte diálogo:

“...minha mãe, ela morreu diferente, ela tinha boa saúde. Ela morreu porque ela já estava de idade, né e então quando um degrauzinho; ela caiu de um degrau, ela bateu com isso aqui na quina (apontou para a perna) e quebrou...” (Antonio)

“...quebrou o fêmur, a perna” (Inês)

“...quebrou aquilo e coisa... O médico me chamou e falou: não tem jeito não, porque o osso dela não agüenta partida. ...Foi daquilo que ela morreu. Essa velha tinha saúde. ...Agora, o avô delas por parte da mãe, elas conheciam. ...cê sabe de que ele morreu? Um dia, não sei se foi a cadeira que escorregou, o que foi, ele caiu sentado no cimento, compreendeu? Estourou o intestino.” (Antonio)

“...bateu isso (aponta para a quina da cadeira) aqui sobre a cabeça.” (Inês)

“...veio para Juiz de Fora e não teve jeito.” (Antonio)

“...Casei. Com 3 anos o marido morreu de acidente, né? Foi acidente.” (Inês)

“Ele caiu. Trabalhava num fábrica de cimento. Ele caiu dentro do moinho de moer... aí veio a falecer.” (Antonio)

“...Eu acho que foi no tombo que eu levei (silêncio), porque foi depois do tombo que eu senti no osso aqui (aponta para a costela), porque não tinha caroço aqui.” (Aurora)

“...depois que ela caiu do tombo, foi que ela notou que apareceu, mas isso quer dizer que já tava lá, o caroço já tava lá, só que tem ele morria, ele tava quieto, né? ...porque ele tava encoberto lá por dentro, Aurora. Você caiu da escada, aí sai pra fora.” (Inês)

A história da família Soares carrega o mito do tombo como fato repetido e transmitido entre as gerações. Este fato vem se transformando num legado negativo de uma herança fantasística do “tombo-morte”, como constou na queda do cônjuge de Inês e de Aurora, o que levou esta a descobrir o câncer de mama. Esta “história-mito” dos Soares corrobora com a idéia de Ruffiot (1989) ao afirmar o mito como uma representação e projeção do imaginário familiar, e uma tentativa de explicação, de interpretação e de simbolização do real, significando um importante aspecto do funcionamento e estruturação do grupo. Cada sujeito toma pra si este mito permitindo que se materialize no corpo face as suas dificuldades de elaboração. Ainda este mito significa para Eiguer (1995) uma identificação com representações transgeracionais, conduzindo o grupo familiar à capacidade de transformação ou não das representações ancestrais.

Percebemos uma ambivalência no adoecimento de Aurora com a história do tombo. Embora tenha escapado da morte, após o tombo, coloca o seu corpo e sua subjetividade como herdeiros deste acontecimento e fadados a um retorno inesperado da morte, pois, mesmo em fase de recuperação, Aurora alega o retorno provável da “doença-ingrata” em outro lugar. Ainda que tenha comentado a respeito de sua luta para vencer a doença, em um determinado momento das entrevistas iniciais, disse estar preparada, esperando acontecer o pior, o que nos leva a pensar no fantasma presente na fantasia e no imaginário dela e sustentado por outros membros da família.

A transmissão da doença como fantasma geracional

A partir da associação intersubjetiva realizada pelos familiares sobre o adoecimento, podemos perceber que a herança na história dos Soares compreende

o fantasma da morte em consequência do mito “tombo-doença”. O tombo seguido de doença e morte é o fantasma assombrando e condenando os sujeitos desta família. Sustentado nos discursos de Inês e Aurora, o fantasma do adoecimento seguido de morte ganha mais força. Vejamos como isso apareceu no diálogo entre as irmãs:

“...eu não sei como apareceu esse, esse caroço, né? Eu tenho impressão que foi dum tombo que eu levei. ...eu me curei, porque eu não me sinto nada, né. Cura, assim... porque essa doença não tem cura, ela tem um tempo certo. Se mais tarde voltar eu... mas chega um certo tempo ela vai voltar. Se ela não voltar aqui, ela vai voltar em outro lugar, porque ela, ela é muito ingrata. Se pensa que melhorou... ainda mais quando cê cai assim numa depressão, se ficar preocupada com alguma coisa, ela volta (pausa) ...Essa colega, ela tava boa, igual eu... agora... toda transformada. ...quer dizer, é o negócio, ela caiu... ela caiu em depressão, ela caiu numa depressão, aquele problema dela veio tudo de novo. ...eu na minha cabeça aceito ela assim, como eu já tive, ela pode voltar.” (Aurora)

“...você pensa que tá bom, quando vê você cai. ...Eu tenho impressão que ela se entregou um bucado, essa colega (colega de Aurora que teve o mesmo problema) ...você pensa que tá bom, quando vê você cai. ...igual a mesma coisa com a minha sobrinha...” (essa sobrinha veio a falecer de câncer). (Inês)

Além do mito do “tombo-doença”, constituindo o fantasma da “doença-morte” na intersubjetividade familiar dos Soares, Aurora, Inês e Tereza colocam ainda a depressão, o trauma e o modo de vida como fatores de uma possível “queda do sujeito” e retorno da doença. O “cair” ganha sentido de “acontecimento inesperado” e “doença-desconhecida”, podendo levar à morte. Isso também ocorreu quando Inês lembrou da morte da sobrinha aos 29 anos (vinte e nove) em consequência do câncer no esôfago e do diabetes. Acreditamos que o “cair” tem relação com as considerações de Abraham e Torok (1995) sobre o fantasma, cuja presença assinala a perturbação de um legado e se estabelece como sombra, encriptando uma herança de representações transgeracionais e intersubjetivas comprometidas até com os objetos póstumos. Ainda Abraham (1975[1995]) acrescenta que um fantasma não está ligado à perda de um objeto, ele não poderia ser o resultado de um luto falho, mas de uma incorporação de um túmulo em si. Isto nos leva a entender que o fantasma assombra e volta a encarnar um morto enterrado no Outro na doença dos Soares. As doenças de Aurora e Inês, por

exemplo, podem ser compreendidas como uma incorporação de um objeto de um Outro ancestral ou parental. Este Outro pode ser a figura materna e suas funções no imaginário familiar.

Relação da função materna com os adoecimentos simultâneos na família

Um acontecimento marcante na intersubjetividade familiar dos Soares ocorreu quando Antonio, Aurora e a mãe de Aurora adoeceram simultaneamente numa mesma época. Esta categoria surgiu a partir dos relatos da família diante do adoecimento da mãe de Aurora e de Inês, primeira esposa de Seu Antonio. A mãe tinha um histórico de diabetes e complicações circulatórias e visuais em consequência da doença. Aurora comenta que a família custou a se acostumar com a doença da mãe, pois não seguia a dieta corretamente e os filhos faziam a sua vontade para não causar-lhe aborrecimentos. Quando melhorava, colocava o tratamento em risco e mobilizava todos ao médico. Segundo comentários de Inês, de Aurora e de Antonio, a família vivia em constante tensão por causa da doença da mãe. Nos últimos seis anos de vida, a mãe vivia acamada sem poder se locomover. Aurora e Inês se alternavam nos cuidados. Foi durante esse período mais crítico da doença que Antonio e Aurora adoeceram simultaneamente. Assim relataram:

“Eu fui operado em 85 (oitenta e cinco).” (do rim) (Antonio)

“...Tinha fragmento.” (Tereza)

“...tava mal.” (Inês)

“...Quando eu fui deitar (para operar) essa que tá aí (Aurora), quando foi dar 10 pra meia noite, tava operada aqui também. Eu não pude ir...” (Antonio)

“...A mamãe que se operou... (da vista ao mesmo tempo também).” (Inês)

“Eu tive uma gravidez entubária, aí tive que operar, comecei a ter hemorragia. ...A minha mãe tinha internado na Santa Casa pra ser operada da vista.” (Aurora)

“Eu chego lá em casa, eu chego lá em casa, esse tava todo borrado (pai) e essa aqui (Aurora) passando mal.” (Inês)

“...quando eu fui operada dessa cirurgia que eu fiz (gestação nas trompas), a mãe tava internada na Santa Casa (pra ser operada da vista), aí a mãe ficou de cá e eu lá... no hospital Municipal... quer dizer, nem eu pude cuidar dela e nem ela me cuidava.” (Aurora)

Como citamos anteriormente, Kaës (1997) descreve o grupo familiar como objeto e corpo. Este corpo nos remete às primeiras relações do bebê com o corpo da mãe, constituindo assim um organizador psíquico de base nas relações intersubjetivas dos membros familiares. Assim, postulamos o corpo familiar como um espaço simbólico onde fluem as representações, por isso o grupo familiar, como corpo, não deixa de ser compreendido, também, como objeto-materno. A família como objeto-materno implica um lugar-continente no imaginário dos membros, cujo sentimento de segurança faz parte de uma fantasia de maternagem, apaziguando as angústias e os conteúdos excitatórios. A falta e a falha na função materna podem acarretar descompensações psicossomáticas. É o que entendemos em relação aos adoecimentos simultâneos de Antonio e de Aurora. Estes adoecimentos implicariam uma busca da maternagem por meio dos cuidados médicos, uma vez que a figura materna era percebida, mesmo de maneira inconsciente pelo grupo, como insuficiente na sua função acolhedora e cuidadora na história dessa família. Os membros relataram o acontecimento sem perceber que o cuidado materno era ausente no reconhecimento das necessidades subjetivas dos mesmos, uma vez que observamos na declaração de Aurora: “...nem ela me cuidava”, uma denúncia da falta da função materna na intersubjetividade dos Soares.

Ainda o adoecimento simultâneo dos membros pode ser interpretado como uma identificação com a mãe, trazendo à tona a ambivalência dos movimentos projetivos e introjetivos dos traços da “figura materna doente”. A falta sentida dos cuidados maternos pode ser base de uma fantasia no grupo familiar, justificado por Kaës (1997), ao apontar que tanto a projeção quanto a introjeção são processos psíquicos importantes na constituição da subjetividade e observados de maneira intensa em sujeitos adoecidos, configurando uma rede imaginária de representações cujos sentidos e direções dos traços subjetivos são variados e carregados de múltiplas fantasias. Postulamos que estas fantasias podem estar

embasadas na falta materna, além de alimentar o mito transgeracional do adoecer vinculado aos traços parentais ou ancestrais de sujeitos doentes.

A fantasia do grupo sobre o adoecimento

Surgiu um outro acontecimento marcante na família Soares associado com o adoecimento e sustentado pela intersubjetividade familiar, a fantasia. Com a morte do irmão caçula em consequência da aids, a família justificou o seu falecimento por esconder a doença dos outros. Desta forma, Inês associou o fato de Aurora esconder o câncer de mama supondo que a gravidade do problema teria relação com essa omissão, o que poderia levá-la à morte. Por sua vez, Aurora explicou que não havia contado sobre a doença porque queria dar a notícia sem deixar o pai preocupado. Assim segue o diálogo:

“Eu não posso falar, né?... (sobre a sua doença na época)” (Aurora)

“...agora tem um dia que ele aparece, apareceu. Ela tando escondido, acho que um dia vai indo, vai indo, ela aparece. Ela tando escondido...” (Antonio)

“... a verdade aparece. Você julga pelo meu irmão. Ele escondeu, ele escondeu e no final das contas a gente descobriu, pronto. Aí, não deu. Aí, não adianta você esconder a coisa. ... ele escondeu que ele teve adoeceu...; eles dizem que ele não sabia, mas se ele ficou sabendo, foi mal por pouco tempo. ...Aí, o que, que adiantou se ele escondeu de nós, nós não veio a descobrir? (silêncio)” (Inês)

“...tem certas coisas que não pode falar, ué! Aí, isso não é esconder.” (Aurora)

“Pelo menos, eu com a minha vida, que eu te falei não é segredo...” (Inês)

“...Agora, se você for fazer uma coisa, igual; eu saio, eu falo pra onde eu fui, eu não saio escondido. ...Mas, se ele, nesse caso aí, se ele tivesse falado, ele teria ajuda.” (Aurora)

“...eu não, eu não escondo nada. ...eu não escondi nada. Quando eu fui saber, ele já estava ruim.” (Antonio)

“É, quando a gente foi saber, já tava ruim.” (Inês)

“...Igual quando eu fui fazer essa cirurgia (do seio). Eu ainda falei com essa (Inês), perguntei se ela ia, mas ela não. Ela foi falar comigo lá no meio da rua.” (Aurora)

“Não, eu tava na rua e não falei com ninguém, eu só falei com ele (com Antonio).” (Inês)

“...ele não sabia, ele ainda não sabia.” (Aurora)

“...tava escondendo...” (Antonio)

“...tava escondendo dele. Agora pra que?” (Inês)

“O que, que tinha que fazer? Os exames, não é ? ...é pra depois falar com ele , porque ele fala que não, mas ele tem um problema, que ele ficou agitado demais, se ele ficar nervoso demais, ele tem um problema que ele sabe o que é isso. Então, quando ele começa assim ó (demonstra a agitação do pai), é porque ele tá preocupado com alguma coisa. ...Se ele ficar preocupado, logo ataca a ferida dele no pé. Você tem que fazer as coisas primeiro pra vê se vai ser preciso operar e tudo pra depois falar com ele, né?” (Aurora)

Para Laplanche e Pontalis (2001) a fantasia compreende uma representação e um mecanismo de defesa diante de um desejo, muitas vezes, inconsciente. Este desejo pode levar o grupo familiar a reconhecer a doença do outro quando sua interpretação e interdiscursividade permitem conter as projeções entre os membros. Embora a projeção constitua a expulsão de desejos, sentimentos e até de objetos perdidos, enlutados ou internalizados parcialmente, um membro familiar pode negar-se ao reconhecer em si mesmo, numa defesa muito arcaica, os primórdios de seus impasses diante dos desejos sobre a doença. Por outro lado, este membro, de modo fantasístico, pode passar para dentro de si os objetos ou os traços destes numa tentativa de reparação narcísica em consequência de um estado de abandono forjado pelo próprio membro, e recuperado por ele mesmo, encarnando um objeto de si, visto em outro, mas que retornou para si novamente.

Diante das colocações de Aurora, podemos postular a respeito da fantasia do adoecimento de seu corpo-narcísico, estar associada à ambivalência dos desejos de pertencer e escapar da idéia de possuir um corpo-herdeiro (Fernandes, 2003). A maneira pela qual o grupo conviveu com a herança dos adoecimentos, escondendo o anúncio destes, pode ter significado uma tentativa de não

concretizar o *status* de herdeiro de um corpo doente na cadeia geracional do mitotombo.

Na relação intersubjetiva da família Soares a situação ambivalente entre o fato de esconder e mostrar a doença, de falar e de não falar da doença corresponderia ao jogo interfantasmático, como ressalta Magalhães e Féres-Carneiro (2005), favorecendo a articulação libidinal e a elaboração de conteúdos recalçados, além de significar o embate entre as pulsões e os desejos conflitantes dos membros diante da herança ancestral, o que verificamos em Eiguer (1997) como uma tentativa de representar as ‘coisas’, possibilitando o encontro e a elaboração de fantasmas pessoais transmitidos pela história e sustentados pela fantasia.

Apresentamos uma outra questão em relação ao imaginário do grupo quanto à figura do pai e da mãe. Seu Antonio passou para as filhas uma imagem de homem forte e imponente, superando todas as dificuldades da vida e os problemas de saúde através de sua fé e da perseverança. Já a mãe representou para o grupo uma pessoa doente, necessitada de cuidados o tempo todo. Quando Aurora adoeceu gravemente, escondeu e protelou o anúncio de sua doença a fim de que pudesse solucioná-la, como se o “camuflar” ou “esconder” fosse protegê-la da herança parental, garantindo o desejo de escapar de tal herança, evitando pela sua possível fantasia, a propagação da doença. No entanto, como mencionamos anteriormente, o nome de Aurora tem o sentido de sacrifício, de escondido e de engano. A fantasia de “esconder um segredo” ressuscita o fantasma da “doença-tombo” seguida de morte na herança materna e o fantasma fica sepultado nas doenças graves da família Soares. Isto pode significar que a relação entre o nascimento de Aurora e a promessa de sua mãe tenha sido regida por um pacto inconsciente do “não-sabido” da história desta mãe, e também se perpetuado em outras doenças dos filhos. Ao contrário do que ocorre, Aurora não escapa da herança e perpetua a herança não elaborada de sua mãe.

Não deixamos de considerar como um mecanismo de defesa o “esconder” de uma doença por um sujeito. A fim de aprofundarmos qual mecanismo utilizado numa dinâmica familiar diante de um adoecimento grave, como no caso de Aurora, estabelecemos mais uma categoria de análise sobre a intersubjetividade familiar dos Soares.

Mecanismo de defesa do grupo familiar frente ao adoecimento

Esta categoria de análise mostra como a família reagiu diante de uma doença grave de um membro. Embora todos apresentassem uma somatização reversível ou doença crônica, ou de crise, uma doença grave sinalizava a possibilidade de morte e convocava a família a ativar as suas defesas e suas representações. Observamos os mecanismos de defesa mais utilizados e a maneira de elaboração do acontecimento traumático pelo grupo.

“...ô... quando eu soube da notícia, elas já tava sabendo da coisa. Eu falei assim: ‘seja o que Deus quiser!’ Tenho lutado muito mesmo, mas o que, que eu posso fazer, entregar na mão de Deus, porque nós... se a gente pudesse pegar aquilo coisa lá, mas não pode. Aí só Deus mesmo.” (Antonio)

“...a gente foi sabendo assim aos pouquinhos, não foi chocante por causa disso. Mas ele (Antonio), cada um ia sentindo. Cada um como...; ninguém sabe dentro de si cada, cada qual sentiu... a gente ficou assim traumatizado e tudo, mas depois a gente sentiu esperançoso, né porque fazendo tratamento...” (Tereza)

“...e ela recuperou, na graça de Deus, ela recuperou muito depressa.” (Inês)

“...eu fiquei pensando mais no pai (pausa), nele, ...ele ia ficar muito sentido, né? ...no dia eu chorei bem, assim chorei, mas eu entreguei na mão de Deus, falei que eu não vou me entregar como ainda não me entreguei até hoje.” (Aurora)

“...segue tudo a vontade de Deus.” (Inês)

“...tudo que acontece com a gente, porque Deus... é a vontade de Deus (silêncio). A gente não pode contrariar Deus o que acontece com a gente. Se a gente tiver que cair num buraco é Deus, porque é Deus que fez isso com a gente.” (Antonio)

“...o que tiver de acontecer vem mesmo. ...eu entreguei na mão de Deus ...eu senti na mesma hora... igual a mesma coisa com a minha sobrinha (que morreu de câncer). ...segue tudo a vontade de Deus.” (Inês)

Reconhecemos a negação e o deslocamento do sofrimento para uma figura religiosa, como mecanismos muito utilizados por esse grupo familiar face às notícias de doença grave ao longo do tempo. Na família Soares o sentimento de impotência diante da doença levou o grupo a sublimar na fé e deslocar para uma

“figura paterno-materna”, Deus, a possibilidade de acolhimento e representação do sofrimento. O grupo não se clivou e muito menos evitou falar do assunto, mas percebemos um apagamento gradativo dos investimentos libidinais na relação intersubjetiva após o adoecimento e falecimento de alguns membros, pois Inês, Tereza, Antonio e Aurora alegaram não ter mais “ânimo” ao realizar festas a fim de reunir a família, principalmente, após a morte recente do irmão, vítima da aids.

Novamente, retornamos ao conceito de interfantasmática, compreendida por Eiguer (1997) como um jogo de representação de ‘coisas’ em palavras, a fim de que possa ser possibilitado o encontro e a elaboração de fantasmas. Podemos compreender que na família Soares este jogo fica comprometido com o baixo investimento libidinal progressivo, à medida que as perdas acontecem entre as gerações. Quando os membros associavam o adoecimento a uma figura materna e externa ao grupo, isso nos levou a pensar que a função materna fora falha e insatisfatória na formação da subjetividade dos membros e insuficiente para o grupo-continente. A figura paterna tenta assumir parte da função materna, mas não consegue resgatar por si mesma esta função na dinâmica familiar, criando, de certa forma, um enrijecimento das defesas homologadas pela fé. Desta maneira, as doenças na família Soares podem representar uma possibilidade de resgate da função materna reprimida e negada na subjetividade dos membros.

Assim, também concordamos com Winnicott (1967[1999]) ao dizer que parte de uma vida saudável tem relação com os modos de relacionamento objetal do sujeito e com o movimento pulsional deste com os objetos internalizados pelo grupo familiar. Portanto, parte de um adoecimento somático numa família teria relação com a debilidade da movimentação pulsional, com a internalização/incorporação de objetos-doentes pelo grupo.

Por outro lado, também podemos entender o adoecimento de acordo com McDougall (2000), Marty (1993) e Cunha (1996), não possuindo um sentido e constituindo uma dissociação entre as pulsões de vida e de morte. Estes teóricos ainda ressaltam que os tipos de adoecimento têm relação com o grau de angústia e com uma progressiva desorganização do funcionamento psíquico do sujeito. A partir destas contribuições, postulamos que alguns membros da família Soares reagiram, somatizando doenças comuns após situações conflitantes, outros permaneceram com a cronicidade de sua doença mesmo diante de uma perda, e a

doença grave se manifestou silenciosamente pela intensidade e duração da angústia e do apagamento libidinal de um ou mais de um dos membros, face à repetição de situações de perda na história familiar.

Chamamos atenção para dois outros pontos revelados pelas irmãs. Um diz respeito à preocupação materna de Aurora com o pai, protegendo-o dos acontecimentos traumáticos, pois o mesmo somatizava feridas nos pés. Esta situação reafirma a questão de Déjours (1989) no caso clínico de Ariane, quando descreve a doença do pé de sua paciente como relacionada ao sentimento de abandono e desamparo. Dessa forma, podemos pensar na falta materna anunciada nas somatização também de Antonio e atravessada pelas gerações. O outro ponto mostra as associações de Inês, estabelecendo uma identificação da doença de Aurora com a doença de uma sobrinha falecida de câncer, o que nos levou a considerar tanto a introjeção e a projeção da função materna quanto às identificações com um objeto doente, uma outra categoria presente na relação intersubjetiva familiar com o adoecimento somático.

A identificação pelos membros do grupo familiar com o legado geracional do adoecer somático

As identificações num grupo compreendem os movimentos contínuos da projeção e da introjeção de traços de imagos maternas, paternas e ancestrais. Em caso de adoecimentos interpretamos que o movimento das identificações sofre uma incorporação de um objeto doente oriundo de parte de uma das figuras parentais ou ancestrais, encriptado nos movimentos pulsionais do somatizante com o grupo familiar e na própria interfantasmática familiar. As identificações conscientes foram associadas por Inês a um parente durante o relato da doença de Aurora. Por outro lado, as identificações inconscientes, também apareceram nas escolhas conjugais com algum tipo de adoecimento e transmitidas para as gerações posteriores. Isso acontece nos seguintes trechos:

“...Ele bebia... bebe... não gostava de trabalhar e eu só agüentando... (Aurora fala do marido alcoolista) ...ele era muito carrancudo com elas (mulher e amante de Seu Antonio ao mesmo tempo) ... a mãe sofreu muito por causa dele. ...minha mãe dizia que ele namorava um monte.” (Aurora fala do pai).” (Aurora)

“...porque eu também bebi, eu bebi, bebi, mas foi quase inacreditável, foi indo, foi indo, mas eu não deixava ninguém me levar em casa não... eu sempre naquela luta... (com a mulher doente). ...Ela era uma pessoa muito segura. ...A M. era doente há muitos anos...” (Antonio)

“...comi o pão que o diabo amassou com o primeiro marido. ...um dia ele me deu um tapa... larguei dele.” (Inês fala da convivência com o primeiro marido alcoolista).” (Inês)

Observamos uma estreita relação entre o alcoolismo dos homens e o adoecimento de mulheres na família Soares. Embora não tenhamos explorado mais este tema em nossas entrevistas, a identificação com uma figura doente parental ou ancestral pode representar um forte elemento no adoecimento do corpo de um dos cônjuges e conseqüente ponte de transmissão de uma herança ancestral doente aos filhos. Kaës (1997) ressalta que a identificação articula o lado interno e externo de um grupo familiar, entretanto é em Freud (1895, 1900, 1905[1969]) que este processo opera com mais objetos, com uma pluralidade de personagens psíquicos. A partir daí entendemos que o doente pode exprimir os estados interiores de um grande número de pessoas e não apenas os dele pela identificação. Nossa compreensão acerca desses postulados permite apresentar novamente a questão operada pela identificação com o adoecimento do corpo, a partir de vários traços de outros sujeitos do grupo familiar. Observamos em nossa pesquisa que, na família Soares, a constituição de sua intersubjetividade deve ter sido operada pela identificação com traços assimilados na relação com o primeiro objeto de amor, a mãe, que representa para o grupo uma figura desinvestida libidinalmente da “função de maternagem” e comprometida com doenças na história familiar.

Relação do imaginário do corpo com o adoecimento.

O corpo somatizado por uma doença é a marca da mais viva presença e mortalidade do sujeito. Na família Soares, o corpo adoecido ganha estatuto de corpo-máquina, corpo-mortífero, corpo-fragmentado e de um corpo-herdeiro. Estes corpos são relegados ao segundo plano na condição de corpo-sujeito, pois o corpo é compreendido como uma máquina fragmentada quando está doente e

capaz de matar quando não é descoberta a origem do problema. Por outro lado, o corpo também pode ser entendido como objeto em sacrifício, assim como afirmava Spinoza (Russ, 1994) ao concebê-lo como um meio onde nele é expressada a vontade de Deus. O imaginário do grupo sobre o corpo expressa uma racionalidade sem um investimento libidinal e movimentação aparente dos afetos. Assim, os Soares relatam:

“...quando ele tava ruim, era eu que cuidava dele lá dentro de casa, né? E ele é assim, uma teimosia. Se não pode mexer no cimento, pra que, que ele vai mexer? Não, mas ele tem que fazer...” (Aurora)

“...porque eu tenho que fazer pra vê se o corpo chega no lugar.” (Antonio)

“...Eu, quando fico doente, né, caída, aí vai lá no hospital, quando vê, vai no médico ali, tem que tirar um pedaço. ‘...Você não pode dá mamá, seu leite pra ele não!’ Ele (o médico): ‘não, você tem um gás no seu corpo, que você guenta ele, ele não te faz mal não, mas se dando de mamá, ele sai no leite, a criança não agüenta; quando seus filhos veio a morrer’ Aí foi aonde que eu fiquei sabendo, e esse menino, que eu tenho, que vai fazer 40 anos, ele ... ele; eu não dei de mamá a ele.” (Inês)

“...Não, eu não sou assim de... de preocupar. Tem gente que se estiver com uma dor de cabeça já preocupa. ...Dava uma dor de cabeça, tomava um remédio, eu deitava, dormia. ...quando eu estava grávida, eu dei muito problema de furúnculo. ...eu não amamentei... é, não podia. Saía umas feridas nele sabe. ...é dava aquela borbolha, parecia queimado. Aí parecia água escurinha, aí dava outra. Aí foi descobri, era o leite. ...é a gente era tão desligada. ...Tudo pra mim tava bom. Tudo. As coisa de comer pra ele quem dava era a mãe, né. Ela que fazia, ela que cuidava. ...pra mim tudo tava bom.” (Aurora)

Podemos dizer que o imaginário do corpo na intersubjetividade familiar dos Soares está associado à concepção de corpo-máquina, como ressaltado por Descartes (Le Breton 2003). O corpo ainda é compreendido como mortífero, fragmentado e herdeiro no adoecimento, relatados por Coli (2002), McDougall (2001) e Fernandes (2003). O corpo pulsional representa para Freud (1915[1969]) e Aulagnier (1985[2001]), respectivamente, um sistema interligado por energias libidinais e um mediador entre a psique do sujeito e do Outro. Portanto, a partir destas considerações teóricas, percebemos que o corpo, para alguns membros da família Soares, vem perdendo sua erogeneidade, desligando-se das excitações sexuais pela falta de investimento de energia psíquica e de afeto entre os membros

e do próprio membro adoecido em relação a si mesmo. O corpo apresentaria um apagamento gradativo da energia libidinal investida nele mesmo através das gerações da história familiar, da mesma forma que o imaginário familiar dos Soares é sustentado pela fantasia do corpo que esconde e transmite uma herança materna sem investimentos libidinais e um fantasma da doença-morte, reforçando o morto sepultado das gerações anteriores e ressuscitado nas doenças da geração atual.

Atividade onírica e sua relação com o adoecimento do corpo

Reconhecemos, a partir de Kaës (2001), que a função da intersubjetividade familiar possui uma lógica própria nos espaços psíquicos entre os membros. Neste espaço vincular, a interfantasmática atua como articulador, movimentando os investimentos libidinais e traduzindo as excitações em representações simbolizadas. Uma destas representações compreende o sonho compartilhado pelos membros. Para Kaës (2004), o sonho, às vezes, desperta sentimentos de ameaça, de castração e de aniquilamento, pois traz em seu conteúdo traumas infantis recalçados e acontecimentos carregados de afetos, como o sentimento de abandono. O sonho num grupo familiar tem a função de mensagem não elaborada. No caso dos Soares, o adoecimento e a morte de um ente próximo representariam o desejo de reparação diante do sentimento de impotência em situações traumáticas, traduzido por uma idéia profética de evitar o próximo adoecimento e morte. Por outro lado, o sonho revelou a falta materna anunciada pela representação castradora da pulsão de morte, denunciando o limite do corpo e da vida. Assim, selecionamos estes dois sonhos contados por Aurora e Antonio, em momentos diferentes nas entrevistas, sem terem sido comentados pelos membros, mas seguidos por um silêncio consensual de todos, como se obedecessem e acreditassem na verdade acerca das previsões de adoecimento e de morte de Seu Antonio.

“...bem cuidada ela foi, mas... chegou a hora...as vezes eu sonho com ela... lá no meio do sonho, eu sonho com ela, ...mas o rosto eu não vejo” (fala da morte da mãe doente)” (Aurora)

“...eu sonhei com o andaime caindo. ‘Ai meu Deus do céu o que vai acontecer?’ ...aí o servente chegou com a lata de massa... foi despejar a lata de massa dentro do caixote, eu só dei um grito com ele... vou eu voltar com a lata, aquilo despencou tudo, veio tudo debaixo e ele seguro lá em cima... (ele fala do sonho que teve antes de acontecer este acidente em seu local de trabalho). ...eu tive muito mal... eu tive um sonho com dois homens segurando eu... e me dando banho de quiabo cozido... eu acordei e não tinha nada” (ele fala do sonho que teve quando estava internado no hospital para operar do rim)” (Antonio)

Embora esta categoria, também tenha sido pouco pesquisada em nosso trabalho, justificamos a nossa idéia de acordo com Kaës (2004), pois a função do sonho no grupo familiar significa uma representação da organização e do funcionamento do espaço intersubjetivo, assim como as mensagens oníricas estabelecem uma comunicação particular, comum e partilhável entre os membros desde os tempos de origem da família. Esse operador, também da intersubjetividade familiar, pode apontar grande relação do conteúdo recalcado do grupo familiar com o adoecimento do corpo.

O sentido do adoecimento no grupo familiar

Uma última categoria de nossa análise aponta o sentido dado pelos membros sobre o adoecimento de um ou de vários membros. Percebemos uma diferença nas representações simbolizadoras da doença diante de sua gravidade. Segundo Déjourné (1989) as representações simbolizadoras são construídas num *a posteriori* do adoecer, quando os membros conseguem elaborar, dando sentido ao desconhecido e à inexplicável situação impactante de uma doença grave. O impacto da doença para um grupo familiar está relacionado de acordo com o estado de crise, de cronicidade e de gravidade de uma doença. Em casos mais graves como o câncer, a família paralisa as suas atividades fantasmáticas por algum momento até retomar a capacidade de representação. Na família Soares identificamos dois momentos importantes e significativos na representação da doença. Num primeiro momento, o adoecimento pode advir de um somatório de situações conflitantes sem possibilidade de elaboração, incidindo no corpo de um membro sensível aos conflitos, como no caso das feridas nos pés de Seu Antonio, no câncer de Aurora e no diabetes de Inês. Entretanto, nos chamou atenção a

maneira como Tereza interpretou, juntamente com Aurora, a doença desta. Os cuidados maternos foram ressuscitados por Tereza e relatados por Aurora como fato pouco explorado anteriormente. O adoecimento dos membros da família Soares compreende uma tentativa de recuperação da função materna perdida em algum momento da relação mãe-grupo. Os cuidados com os doentes eram realizados pelos mais novos, o que comprometia a função atual do membro no grupo e exigia uma inversão de seus papéis e funções. Seu Antonio teve a responsabilidade de cuidar do pai deprimido e morto tempos depois por uma doença desconhecida. Aurora e Inês cuidaram de sua mãe e não puderam ser cuidadas por ela durante anos. O neto de Aurora com apenas 7 anos cuidou da avó após sua cirurgia do seio. Vemos que estes rituais se repetem em três gerações, o que leva o grupo familiar a repetir a denúncia da falta materna. A falha de maternagem ocorrida na transmissão é mais evidente quando os cuidados e as orientações próprias das funções parentais são invertidos ou até inexistentes nos rituais de passagem como a adolescência, a primeira menstruação, a relação sexual e o nascimento de um filho. Estes ensinamentos ficaram esquecidos em meio à repressão, negação dos afetos e ainda a um recalque arcaico. Dessa maneira, o grupo constrói o sentido do adoecimento pela doença grave de Aurora:

“...eu não sou muito de ficar agarrada com parente não... quando eu tive que fazer esta cirurgia a de Santos Dumont (meio irmã) veio pra ficar... aqui preocupada, pra mim operar, a outra também (irmã) ela preocupou... ...se a pessoa tiver me brigando não faço nada... eu fico nervosa, mas comigo mesmo, eu até choro. ...ah eu fico tremendo, tremendo, tremendo, eu choro, choro. Antigamente me dava até dor de cabeça... agora eu fico nervosa e fico no meu quarto. Aí eu procuro sair de perto, eu saio falando... aí quando aconteceu esse negócio comigo, a minha cunhada logo chamou a família, logo falou, aí falaram que não era pra aborrecer, que era pra evitar de briga, essa coisaiada de família, né? ...a minha cunhada chamou a família pra contar o que tinha acontecido comigo... pra eles manerar ...manerar os desentendimentos no terreiro, né? Pra não me aborrecer... aí eles acalmaram tudo. Meu filho ficou mais assim comigo, entendeu... mas ele ficou mais junto ainda assim comigo, né? Não quero mais esquentar a cabeça, deito na minha cama. Tão brigando de lá, cubro minha cabeça e durmo.” (Aurora)

“...Mas resumindo, a família né? Nós se damos muito bem, graças a Deus. Pelo menos com essa daqui, então (Aurora), a gente já sente muita falta, porque o convívio da gente junta, né? Então, assim dentro de casa, aquela coisa, eu me dou muito bem com ela.” (Tereza)

“... é tenho com ela.” (Aurora)

“Quando eu fiquei doente, ela cuidou de mim. Foi uma etapa que eu peguei e ela também. Ela cuidou da mim, depois quando ela ficou doente, cuidava dela. Quando ela caiu, torceu a perna, eu cuidava dela, também. Quer dizer que eu sempre me dediquei um pouquinho a cada um. Eu fui pra cuidar dele, meu objetivo (Inês ri) foi ele, mas sempre fiz um pouquinho pra cada um. Essa daqui (Inês), quando estava no hospital também, aqui na Santa Casa, levava roupa, trazia e ia, buscava de carro. Eu sempre dividia, mesmo com a minha idade, né, 67 anos eu sempre me divido um pouquinho, é com filha e com ela também. ...Só não gosto que me chamem de madrasta. Detesto. Uma palavra horrível, não gosto de madrasta, madrasta é ruim porque... Eu me sinto como uma pessoa, como uma colega, uma amiga, né? ...Mãe não, às vezes, eu brigo com elas, ocês assim, assim com a mãe. Ocê tá fazendo com a mãe. Às vezes, eu falo: “Isso é coisa que você fez com a sua mãe menina?” Aí, é assim, né? E quase todo numa mesma idade.” (Tereza)

“...Ah, é muito diferente! É muito diferente o tratamento com a minha mãe, com as outras (outras esposas de Seu Antonio, inclusive a Tereza). Eu gostava muito delas. Todas as duas, elas me olhou, sabe. A G., também, me tratava muito bem. Eu que não confiava nelas dentro de casa (Antonio ri). Mas isso foi lá e passou sabe, mas o dia a dia, eu e ela quer dizer nós... uma entendia a outra. É a mesma coisa, é a Tereza. ...Mãe é mãe, né? (ri) Enquanto a mãe, também eu olhei, eu que olhei, ela né. Eu que fiz por ela, por aí eu ficava dentro de casa com ela. Enquanto eu tava trabalhando, a Inês ficava de dia (silêncio).” (Aurora)

“...O papai levava pros médicos...” (Inês)

“...é quando eu fui operada dessa cirurgia que eu fiz (gestação nas trompas), a mãe tava internada na Santa Casa, aí a mãe ficou de cá e eu lá, no antigo Silveira Bruno, que é o hospital Municipal hoje, né. Quer dizer, nem eu pude cuidar dela e nem ela me cuidava.” (Aurora)

Assim, acreditamos que o sentido do adoecimento do corpo de um membro ou de outros membros de um grupo familiar vem resgatar a função de atar, ligar os laços de maternagem entre os membros, restaurando a função da figura materna, desinvestida e perdida na história familiar.

5 Considerações finais

Ao iniciarmos este trabalho de pesquisa com a questão do adoecimento do corpo e sua relação com a história e intersubjetividade familiares, percebemos uma gama de possíveis articulações implicadas nesta compreensão por meio do material obtido no estudo de campo com o grupo familiar.

A pesquisa foi fomentada a partir da investigação acerca da relação do adoecimento do corpo com a história e a intersubjetividade familiares. Observamos, de um modo geral, que o corpo fica suscetível às vicissitudes ocorridas na intersubjetividade familiar, encontrando na somatização um caminho para representar as repetições ou, de modo paradoxal, as elaborações de um traço adoecido transmitido pela história parental ou ancestral.

Concluimos que o adoecimento de um corpo na família pode representar um legado transmitido ao longo das gerações, mantendo assim a condição estruturante das relações entre os membros por uma dinâmica intersubjetiva familiar empobrecida de representações, de lutos não elaborados e de desinvestimento libidinal. Por outro lado, o adoecimento possibilitaria a interdição ou mesmo um “freio” nesta herança fanstasmática, colocando o grupo num impasse necessário para a elaboração e transformação das condições do adoecer.

A partir das categorias de análise propostas na pesquisa, observamos a maneira pela qual o adoecimento do corpo possui uma relação com algumas particularidades do funcionamento psíquico do grupo familiar.

Na relação dos acontecimentos marcantes e traumáticos na família com o adoecimento do corpo, percebemos a existência de momentos traumáticos não elaborados pelo grupo que foram resignificados pelo adoecimento de alguns membros. Havia uma história-mito sobre certos acontecimentos, antecedendo as mortes, como “o tombo”, “o cair”, sendo justificados pelos Soares como uma das *causa mortis* de pessoas saudáveis. Compreendemos o sentido do “cair”, a maneira pela qual o grupo movimentava os seus investimentos libidinais, na maioria das vezes, colocando-se numa posição empobrecida de representações em

relação à vida. A história-mito, como a do tombo, era transmitida pelos membros e repetida por alguns sujeitos adoecidos das gerações posteriores.

Uma outra questão considerada diz respeito ao fantasma geracional do adoecimento do corpo seguido de morte. Após um acontecimento circunstancial como um tombo, o grupo passava a manter um fantasma encriptado da “doença-morte” em sua intersubjetividade. A partir deste pressuposto, nossa interpretação aponta para a existência de uma interfantasmática empobrecida de novas representações no grupo. Com o objetivo de servir como gerenciador das excitações, a interfantasmática no grupo se mantém aprisionada pelo fantasma da morte e do abandono, sustentado pela fantasia da falta materna dos membros, vinculada às necessidades primárias dos sujeitos. Em um momento futuro, acreditamos que as excitações, não amparadas e nomeadas pelo grupo, principalmente pelo objeto-mãe, retornariam como somatizações nos membros da família. Ainda, acrescentamos que a interfantasmática no grupo familiar possibilitaria uma movimentação duelada das pulsões de vida e de morte, juntamente com o desejo inconsciente de adoecer e não adoecer ao mesmo tempo, não determinando, assim, a inscrição do sujeito na linhagem de um legado de doenças.

Analisando com mais detalhe a relação da história familiar com o adoecimento do corpo, concluímos que a história materna – e função materna - se constitui num grande colaborador e propagador desta possibilidade. Consideramos a existência de um ou vários adoecimentos num grupo familiar associados a uma busca de maternagem, uma vez que a função materna na história familiar esteja comprometida e denunciada na falha de representação entre os membros da família. Isto quer dizer que um adoecimento pode representar uma identificação com a figura materna doente, a fim de que seja promovido um resgate da função de maternagem entre os membros.

Ainda associado à história familiar, o adoecimento do corpo possuiria um legado “não-sabido” pelas gerações. O não-sabido ganharia sentido de velado diante de um acontecimento real, como o momento do adoecer, e não o sentido de recalçado propriamente dito, ou seja, daquilo que permanece inconsciente no grupo. O “não-sabido” seria compreendido como um elemento velado, pré-consciente, observado na interfantasmática familiar. Ele ganha também um sentido paradoxal, uma vez que pode representar não só uma condição para o

adoecer, mas também sustentar uma fantasia operante no grupo. Isto quer dizer que a família utilizaria o recurso fantasístico como uma maneira de proteger o corpo de uma herança “negativa”. O “não-sabido” estaria mais próximo do mecanismo de defesa da negação do que para um “não-dito” da forclusão, justificando, assim, a maneira pela qual a família reagiria diante de um sujeito adoecido. Os recursos psíquicos presentes na intersubjetividade familiar e lançados pelo grupo como os sonhos, as fantasias e os mecanismos de defesa justificariam o movimento dos membros face à fragilidade carnal do corpo, uma vez que o corpo pode ser representado como máquina e ganhar sentido de onipotente e auto-suficiente, assim como pôde ser constatado entre os Soares. Acreditamos que o corpo-máquina compreendido pelos Soares vem sendo desinvestido gradativamente de libido e de representações subjetivas e intersubjetivas devido às perdas ocorridas ao longo do tempo. A idéia do corpo finito, mortífero, anunciado pelas doenças e mortes mina a fantasia de um corpo imortalizado e auto-suficiente sustentada pelo grupo familiar.

Em relação à fantasia, como um operador da intersubjetividade familiar, o adoecimento denuncia uma falha como algo a ser escondido entre os membros. A fantasia sustentada por alguns deles de “esconder um segredo”, a doença, ressuscita o fantasma da “doença-tombo” seguida de morte, encristado na herança materna e sepultado nas doenças graves da família Soares. Desse modo, também na relação do imaginário do corpo com a fantasia do adoecimento pelo grupo, concluímos que a chegada e o anúncio de uma doença fazem ressurgir a angústia de abandono e aniquilamento outrora vivenciada pelos filhos nas primeiras relações com a mãe e compartilhada pelo grupo desde outras gerações.

Ainda constatamos que um corpo-sujeito internaliza um corpo-doente em meio aos movimentos pulsionais dissociados da família após momentos traumáticos. Como um agravante destes movimentos, o imaginário familiar sobre a compreensão do corpo-sujeito estaria comprometido com a falha de representação, abafando a circulação dos afetos, ora reprimidos e transmitidos por outras gerações pelo vínculo materno. Podemos dizer que este vínculo empobrecido pode ter um efeito na doença do corpo, uma vez que representaria uma identificação com a mãe “morta” e “sepultada” de gerações anteriores e transmitida para as gerações atuais.

Uma outra observação, a guisa de conclusão, diz respeito aos mecanismos de defesa presentes na intersubjetividade familiar frente ao adoecimento. Quando o grupo ativa suas defesas e suas representações diante das doenças, coloca em risco o vínculo, muitas vezes, já fragilizado por perdas sucessivas e conflitos prolongados. No entanto, podemos entender também que o momento do adoecer suspenderia estes conflitos, convocando o grupo a elaborá-los diante da eminência de uma nova perda.

Acrescentamos em nossas postulações que a origem de conflitos familiares e sua relação com o adoecimento do corpo estariam não somente associados às lacunas da função materna, mas também existiria um comprometimento das funções paterna e fraterna, uma vez que o pai ou um irmão podem influenciar na forma de subjetivação das relações vinculares da família.

Ressaltamos a importância de considerar os tipos e os graus de adoecimento na família possuindo uma relação com o movimento libidinal de cada sujeito diante de um acontecimento traumático e da elaboração de tensões psíquicas e vinculares.

Consideramos uma outra questão em relação à intersubjetividade familiar e o adoecimento do corpo. À medida que o sujeito cresce num grupo familiar as identificações incidem sobre sua subjetividade e podem estar comprometidas no seu adoecimento, a partir do momento que haja a incorporação de um objeto doente encrustado e oriundo de parte de uma identificação com as figuras parentais ou ancestrais doentes. Através de nossas investigações supomos que os operadores da intersubjetividade familiar como o sonho e as identificações, surgem como uma maneira de movimentar as projeções e as introjeções dos traços saudáveis e adoecidos de outros sujeitos. O sonho teria uma função de denunciar um conteúdo velado e traumático dentro da própria família. O sonho com um membro doente da família teria como função apontar como o sujeito adoecido pode estar identificado, assim como o sujeito que sonhou, com um sujeito adoecido parental ou ancestral. As circunstâncias das atividades oníricas colocariam o sujeito ou outro membro na condição de mensageiro do sentido do adoecimento na intersubjetividade e na história familiares.

Desta forma, o sentido do adoecimento no grupo familiar possuiria representações à medida que a doença pudesse ser elaborada. As representações simbolizadoras seriam construídas num *a posteriori* do adoecer, quando os

membros conseguiriam, então, dar sentido ao sentimento impactante de uma doença. Concluímos que o adoecimento num grupo familiar estaria associado a um comprometimento da função materna e a uma falta materna, cuja função compreende articulador e intermediar as tensões psíquicas primárias no sujeito e entre os membros da família. Ainda o adoecer de um sujeito seria uma tentativa de recuperação desta função fraturada em alguma geração e transmitida para as relações intersubjetivas atuais.

Na relação entre a história familiar e o adoecimento do corpo haveria uma falha na transmissão psíquica da função materna, como nos mostrou a família Soares, uma vez que apontaram a necessidade de cuidados e de orientações necessárias nos momentos de mudança do grupo. Podemos concluir que não só a transmissão de uma função materna insuficiente pode atravessar a história de uma família como pode servir de impasse na elaboração dos vínculos e ser repetida ao longo das gerações. Podemos perceber pela maneira com a qual o grupo movimenta a libido e concebe as funções parentais. Isto quer dizer que tanto a função materna quanto a paterna poderia perder o seu papel num grupo, invertendo e delegando aos outros membros as suas funções por excelência. Nesse sentido, uma função parental delegada a um filho pode levá-lo a não sustentar o lugar dessa função, fragilizando-o psiquicamente na construção de sua identidade. No descompasso dessas funções psíquicas no grupo familiar, um adoecimento pode se inscrever no corpo.

Mais uma vez, reafirmamos que o sentido do adoecimento do corpo de um membro ou de mais de um membro de um grupo familiar vem resgatar a função de atar, ligar os laços de maternagem entre os membros, restaurando a função materna desinvestida e perdida ao curso das gerações, assim como vem re-elaborar o lugar das funções psíquicas do grupo e dos sujeitos do grupo.

As questões apresentadas a respeito da transmissão psíquica e do adoecimento do corpo elucidam alguns pontos da relação. No entanto, ainda pensamos na existência de outros pontos nos estudos sobre a transmissão psíquica e o lugar da morte do corpo em consequência de adoecimentos graves, como aquela relacionada aos movimentos pulsionais desintegrantes das dinâmicas intersubjetivas geracionais, que devem ser aprofundadas em estudos futuros.

Este trabalho contribui para compreendermos que os traumas e as feridas narcísicas não elaboradas pelo grupo familiar podem ser transmitidos como restos

de um legado “negativo”, sem possibilidade de expressão e de modificação. O adoecimento vem apontar um sofrimento psíquico familiar e serve como articulador de toda uma configuração de sintomas conflitantes, provocando um impasse ou uma possibilidade de transformação. A doença representa uma ferida narcísica no grupo familiar e paradoxalmente também pode agir como uma interdição para os traumas. A condição impactante de um adoecer grave e de uma morte pode impulsionar o grupo familiar a re-elaborar os sofrimentos não simbolizados e recontar a sua própria história. Acreditamos que face à vivência de um vínculo transferencial de uma família somatizante é possível a retomada dos processos psíquicos fragilizados, a fim de que sejam re-significados e que as representações sejam fortalecidas em busca de uma melhor qualidade de vida psíquica para os sujeitos-escravos de uma herança familiar de adoecimentos.

6

Referências Bibliográficas

ABRAHAM, N. Pequenas anotações sobre o Fantasma. Em: ABRAHAM, N & TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1975[1995]. p.391-97.

ABRAHAM, N; TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1995. 444p.

ALBERTI, Sônia Alberti; CARNEIRO RIBEIRO, Maria Anita. **Retorno do exílio**: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contra capa, 2004. 172p.

ALMEIDA PRADO, Maria do Carmo C. de; GIOVANNINI, Nathalie Fernandes R. História de fantasmas: quando a herança assombra. Em: T. FÉRES-CARNEIRO (Org). **Casamento e família**: do social à clínica. Rio de Janeiro: NAU, 2001. p. 96-111.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto et al. O imaginário e o adoecer. Um esboço de pequenas grandes dúvidas. Em: **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996. p. 181-211.

ANZIEU, Didier. **O Grupo e o Inconsciente**: o imaginário grupal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. 227p.

AULAGNIER, Piera. Nascimento de um corpo, origem de uma história. Em: **Corpo e História**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1985[2001]. p.105-149.

_____. **A Violência da interpretação**: do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1979. 284p.

ASSOUN, L. Le corps: L'Autre métapsychologique. Em: **Introduction à la métapsychologie freudienne**. Paris: PUF, 1993.

ÁVILA, Lazslo Antonio. **Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 1996.

AZEVEDO, Marcia Maria dos Anjos. **O adoecimento do seio e a transmissão psíquica**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001. 113f.

BENGHOZI, Pierre; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Laço fraterno e continente fraterno como sustentação do laço genealógico. Em: T. FÉRES-CARNEIRO (Org). **Casamento e família: do social à clínica**. Rio de Janeiro: NAU, 2001. p.112-118.

BION, W. R. **Transformações**. Do aprendizado ao crescimento. Rio de Janeiro: Imago, 1965[2004]. 197p.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 300p.

CECCARELLI, Paulo Roberto. Os destinos do corpo. Em: VOLICH, R. M. et al. **Psicossoma II**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 1998. p.107-113.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **A família como modelo desconstruindo a patologia**. Campinas: Editorial Psy II, 1994.

CICCONE, Albert. **La transmission psychique inconsciente**. Paris: Dunod, 1999. 204p.

COLI, Jorge. O Fascínio de Frankenstein. Em: **Jornal Folha de São Paulo**. Caderno Mais! 2002. p. 4 -11.

CUNHA, Maria Stella Rodrigues da; LISBOA, Aline Vilhena. **Pesquisa sobre o risco do adoecer em mulheres com historia familiar de câncer de mama**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora – Centro de Psicologia Aplicada, 1999.

CUNHA, Maria Stella Rodrigues da. **Pesquisa sobre avaliação do risco psicossomático para o adoecer em mulheres com história familiar de câncer de mama.** Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora – Centro de Psicologia Aplicada. 1998.

_____. **Trauma e Impasse nos três tempos do adoecer somático.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia da PUC-RJ, 1996. 308f.

DÉJOURS, Cristophe. As doenças somáticas: sentido ou não-sentido? **Cliniques Méditerranéennes**, Toulouse, 1993. p. 37-8.

_____. **Repressão e Subversão em Psicossomática –** Investigações psicanalíticas sobre o corpo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1989. 147p.

_____. **O corpo entre a Biologia e a Psicanálise.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 183p.

EIGUER, Alberto et al. **A Transmissão do psiquismo entre gerações:** enfoque em terapia familiar psicanalítica. São Paulo: Unimarco Editora, 1998. 245p.

EIGUER, Alberto. **O parentesco fantasmático:** transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. 249p.

_____. **Um divã para a família.** 3ª ed. Porto alegre, Artes Médicas, 1985. 180p.

FERNANDES, Maria Helena. **Corpo.** Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. Vol.XXII. 127p.

FORTES, Sandra; BAPTISTA, Cristina. Família e somatização: entendendo suas interações. Em: MELHO FILHO, J. **Doença e família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 259-284.

FREITAS, Neli klix. O emprego do genograma no estudo do processo do luto materno. Em: FÉRES-CARNEIRO, Teresinha (Org). **Casal e família: entre a tradição e a transformação**. Rio de Janeiro: NAU, 1999. p. 174-193.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria. **Edições Estandarte Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1895[1969]. Vol.II.

_____. A Interpretação dos sonhos. **Edições Estandarte Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1900[1969]. Vol.VI.

_____. Estudo sobre um caso de histeria. **Edições Estandarte Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1905[1969]. Vol.II

_____. Totem e Tabu. **Edições Estandarte Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1913[1969]. Vol. XIII.

_____. Sobre o Narcisismo: uma introdução. **Edições Estandarte Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1914[1969]. Vol. XIV.

_____. Psicologia das massas e análise do eu. **Edições Estandarte Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1921[1969]. Vol.XVIII.

_____. O Ego e o Id. **Edições Estandarte Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1923[1969]. Vol. XIX.

_____. **Inibições, sintomas e angústia**. Rio de Janeiro: Imago, 1926[1989].

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira, 2002. 188p.

GRANJON, Evelyn. A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento da terapia familiar psicanalítica. Em: RUIZ CORREA, Olga. **Os avatares da transmissão psíquica geracional**. São Paulo: Escuta, 2000. p.17-43.

_____. La naissance: organisateur spécifique familial. **APSYG**, n. 37. Grenoble, 1993.

GRODDECK, Georg. O Sentido da doença. Em: **Estudos psicanalíticos sobre psicossomática**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GUIR, Jean. **A Psicossomática na clínica Lacaniana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

HERZOG, Regina. A percepção de si como sujeito-da-doença. Em: **Physis** Revista de Saúde Coletiva, 1991. Vol 1, n 2, p. 143-155.

KAËS, René et al. **Transmissão da vida psíquica entre gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 228p.

KAËS, René. **A Polifonia do sonho**. São Paulo: Idéias e Letras, 2004. 328p.

_____. Um pacto de resistência intergeracional ao luto. Em: RUIZ CORREA, Olga. **Os avatares da transmissão psíquica geracional**. São Paulo: Escuta, 2000. p. 45-59.

_____. **O grupo e o sujeito do grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 333p.

LACAN, Jacques. **Os Complexos familiares**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002. 92p.

_____. O Estádio do espelho como formador da função do eu. Em LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1949[1998]. p.96-103

_____. Relação de objeto e relação intersubjetiva. Em: LACAN, Jacques. Os Escritos Técnicos de Freud. **Seminário Livro 1**. Rio de Janeiro: Zahar editor, 1981. p. 238-50.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552p.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: Antropologia e Sociedade. São Paulo: Papyrus, 2003.

LISBOA, Aline Vilhena; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Quando o adoecimento assombra e une o grupo familiar. Em: **Pulsional Revista de Psicanálise**, 2005. Ano XVIII, n. 184. São Paulo: Pulsional. p. 40-48.

LISBOA, Aline Vilhena. **René Kaës**. A transmissão psíquica do negativo entre as gerações: conferência [nov de 2002]. Rio de Janeiro: Centro médico do Leblon. 1 fita cassete (120min), 3 ¾ pps, estéreo.

LOSS, Luciene da Luz. O risco familiar de câncer de mama: entre a herança e a hereditariedade. Em: **Pulsional Revista de Psicanálise**, 1998. Ano XI, n. 107. São Paulo: Pulsional.

MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Conquistando a herança: sobre o papel da transmissão psíquica familiar no processo de subjetivação. Em: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org). **Família e casal**: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio, 2005. p.24-32.

_____. Transmissão psíquica geracional na contemporaneidade. Em: **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, 2004. V. 10, n. 16. p. 243-255.

_____. A conjugalidade na série identificatória: experiência amorosa e recriação do eu. Em: **Revista Pulsional**. São Paulo, 2003. Ano XVI, n. 176. p. 41-50.

MATTHEWS-SIMONTON, Stephanie. **A Família e a Cura**: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Summus, 1990.

MARTY, Pierre. **Mentalização e Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 55p.

_____. **A Psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MCDUGALL, Joyce et al. **Corpo e História**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 266p.

MCDUGALL, Joyce. **Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 194p.

MELLO FILHO, Júlio de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385p.

MELLO FILHO, Júlio de et al. Doença e família. Em: _____. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-55.

PASSOS, Maria Consuêlo. Família e sintoma: pequeno ensaio para desvelar sentidos. Em FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (org). **Casamento e família: do social à clínica**. Rio de Janeiro: NAU, 2001. p. 134-143.

PEREIRA, Antonio Carlos. O genograma como instrumento diagnóstico na transmissão multigeracional da violência em familiares, vítimas de violência na cidade de São Paulo. Em: **Psikê Revista do curso de Psicologia do Centro Universitário FMU**. São Paulo, 2002. V. 7, n. 2. p. 45-50.

ROUCHY, Jean Claude. Fantôme in héritage: du morcellement au lien. Em: **Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe**, n. 34. Paris: Èrès, 2000. p. 89-101.

RUFFIOT, André. Mythe familial. Em: **Revue Gruppo**, n.5. Paris: APSYGEE, 1989.

RUIZ CORREA, Olga B. A Intersubjetividade nos processos de transmissão psíquica geracional. Em: **Revista Trieb**. Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002. Vol. 1, p. 145-156.

_____. Novos territórios do grupo familiar e a terapia familiar analítica. Em: **Pulsional Revista de Psicanálise**, 2001. Ano XIV, n. 149, p. 13-20.

_____. **O Legado Familiar**: a tecelagem grupal da transmissão psíquica. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000a. 143p.

_____. **Os avatares da transmissão psíquica geracional**. São Paulo: Escuta, 2000b. 112p.

_____. Segredos de família. Em: RAMOS, M. **O casal e a família como paciente**. São Paulo: Escuta, 1994.

RUSS, Jacqueline. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Editora Scipione, 1994.

SANT'ANNA, Valéria Maria Meirelles. Manifestações psicossomáticas do paciente e suas relações com a dinâmica familiar: um enfoque multigeracional. Em: **Psikê**, ano 2 , n. 2. São Paulo: Editada pela Faculdade de Psicologia das Faculdades Metropolitanas Unidas, s/d.

TOROK, M. Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. Em: ABRAHAM, N & TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Escuta, 1968[1995]. p. 215-35.

WARTEL et al. **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. 97p.

WINNICOTT. D. W. O conceito de indivíduo saudável. Em: _____. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1967[1999]. p. 3-22.

WINTER, Themis Regina. **O Enigma da doença**: uma conversa à luz da psicossomática contemporânea. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 132p.

7

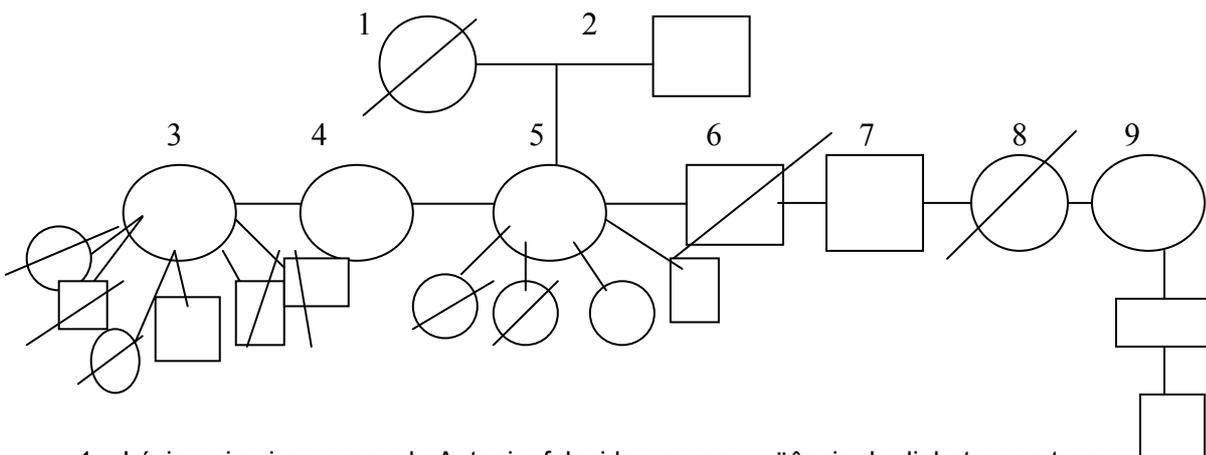
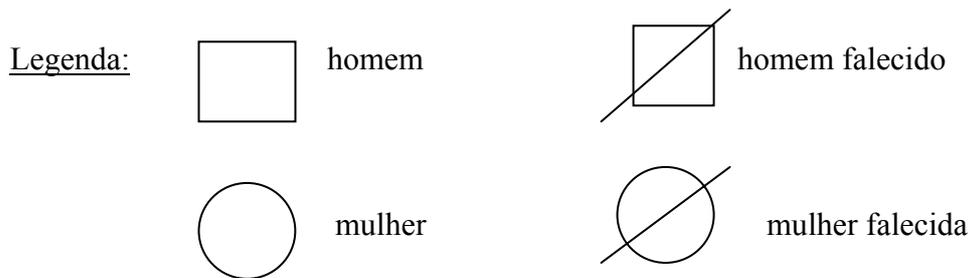
Anexo I

Roteiro de perguntas

- 1 – Acontecimentos marcantes na família: acidentes, doenças e mortes.
- 2 – Doenças mais comuns na família.
- 3 – Idéia do grupo sobre a origem e a cura dos adoecimentos.
- 4 – Circunstâncias da escolha amorosa e do casamento.
- 5 – Circunstâncias do nascimento dos filhos.
- 6 – Sentimentos diante do adoecimento dos membros.

8 Anexo II

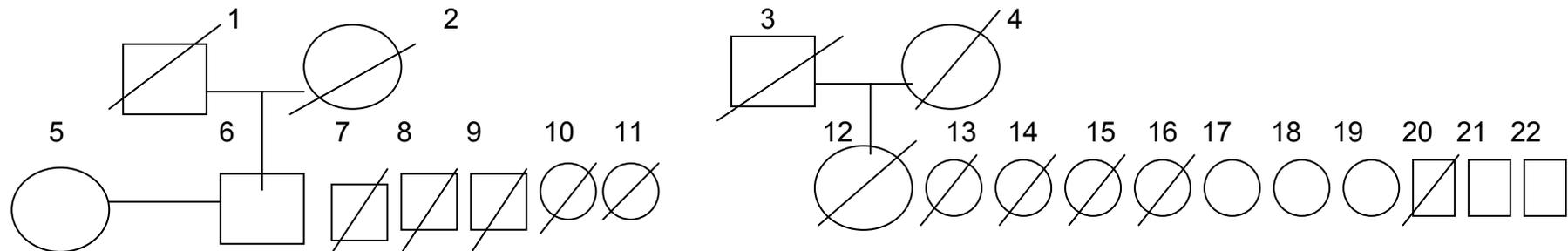
Heredograma da família nuclear dos Soares



- 1 – Lúcia, primeira esposa de Antonio, falecida em consequência do diabetes em torno de 1985.
- 2 – Antonio com 85 anos e com problemas de pele (fica com feridas nas pernas quando está nervoso) e tem pressão alta. Já foi alcoolista.
- 3 – Inês, mais velha com 62 anos. Viúva duas vezes, tem problemas de circulação. Já retirou vesícula e cálculos dos rins. Um marido foi alcoolista. Teve cinco filhos mortos, uma filha por aborto provocado, e um hoje está desaparecido há três anos. Os três filhos do primeiro casamento morreram e do terceiro casamento só restou um.
- 4 – Telma com 60 anos, tem problema de pressão alta.
- 5 – Claudia com 59 anos, tem diabetes. Uma filha falecida há mais ou menos 8, 10 anos (entre 1994 a 1996), de 29 anos em consequência do câncer no esôfago e diabetes. Outra filha falecida, mas há dúvida se foi em consequência também do diabetes. Uma filha com diabetes e pressão alta. Um filho sem doença crônica ou grave.
- 6 – Flávio, falecido há três anos (em 2001) com HIV.
- 7 – Fernando com 50 anos é alcoolista.
- 8 – Lais falecida aos dois anos de idade em consequência da coqueluxe
- 9 – Aurora tem 48 anos, teve câncer de mama em 2003, tem filho com 30 anos e neto com 7 anos. Separada atualmente após 28 anos de união. O ex-marido é alcoolista.

9 Anexo III

Heredograma da família parental e ancestral dos Soares



- 1 – avô paterno de Antonio faleceu há 50 anos de morte natural.
- 2 – avó paterna de Antonio faleceu de morte natural.
- 3 – avô materno de Lúcia morreu em consequência de um tombo, hemorragia interna.
- 4 – avó materna de Lúcia morreu de enfisema pulmonar.
- 5 – Tereza, atual esposa de seu Antonio. Vive com ele há 5 anos e tem 67 anos. Tem problemas cardíacos.
- 6 – Antonio com 85 anos com doença crônica de pele, pressão alta. Já foi alcoolista.
- 7 - irmão de Antonio, falecido de câncer na garganta.
- 8 – irmão de Antonio, falecido por problemas cardíacos, tinha pressão alta.
- 9 – irmão de Antonio, falecido, não sabe a causa.
- 10 – irmã de Antonio, não sabe a causa do falecimento.
- 11 – irmã de Antonio falecida, mas não sabe a causa.

- 12 – Lucia, primeira esposa de Antonio, mãe de Aurora e Inês, falecida em consequência do diabetes.
- 13 – irmã de Lúcia, falecida em consequência do diabetes e teve a perna amputada.
- 14 – irmã de Lúcia, morreu há dois anos com câncer no estômago.
- 15 – irmã de Lúcia, falecida há muito tempo em consequência do diabetes.
- 16 - irmã de Lúcia, falecida em consequência do diabetes
- 17 – irmã de Lucia sem doenças graves ou crônicas
- 18 – irmã de Lúcia sem doenças graves ou crônicas
- 19 – irmã de Lúcia sem doenças graves ou crônicas
- 20 – irmão de Lúcia, falecido com câncer na garganta
- 21 – irmão de Lúcia sem doenças graves ou crônicas
- 22 – irmão de Lúcia sem doenças graves ou crônicas